附件：

益阳市卫生健康委行业党委党建指导员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 籍 贯 |  | 照 片 |
| 身份证号 码 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学位 |  | 入党时间 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 学校类别 | 一本□ 二本□ 其他□ |
| 居住详址 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  | 资格证类 别 |  | 资格认定时间 |  |
| 报考单位 |  |
| 报考职位 |  |
| 个人简历 |  |
| 报名人声 明 | 本人按方案和要求，真实、准确填写报名信息和提供相关资料，并对其真实性负责，若有不实或不符合报考职位对象和条件，本人愿承担一切责任。特此承诺。报名人签名： 年 月 日 |
| 报名及资格审查意见 | 审查人签名： 年 月 日 |
| 笔 试成 绩 |   分 签名： 年 月 日 |
| 体 检情 况 |  签名： 年 月 日 |
| 复审考核意见 | 审查人签名： 年 月 日 |
| 聘 用意 见 |  年 月 日 |