附件2

**2020年嵊州市卫健局下属事业单位公开招聘报名表**

序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 出生年月 | |  | | 照 片  （一寸） |
| 身份证号 |  | | | | 户籍所在地 | |  | |
| 是否全日制普通院校毕业生 |  | | | | 是否应届生 | |  | |
| 学 历 |  | | | 何时何校何专业毕业  （自考、函授等请注明） | | |  | | |
| 执业资格种类 |  | | | 专业技术职务 | | |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | | 联系电话 | 宅 电 |  | |
| 手 机 |  | |
| 现工作单位 |  | | 工作时间 | | |  | 是否签订  劳动合同 |  | |
| 招聘岗位名称 |  | | 招聘单位 | | |  | | | |
| 个人简历 | （从高中开始填写） | | | | | | | | |
| 何时何地何原因受过何种  奖励或处分 |  | | | | | | | | |
| 主管部门  审查意见 | 年 月 日 | | | | | | | | |

注：1.此表一式一份，由考生本人逐项填写。

2.报聘单位、招聘岗位名称按“公开招聘岗位表”填写。

3.应如实填写，发现有不实或弄虚作假现象取消聘用资格。

附件3：

考生健康申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 民族 |  | | | 户籍 |  | |
| 就读学校或现工作单位 |  | 手机号码 | | |  | | | | | | |
| 现居住地 |  | 身份证号码 | | |  | | | | | | |
| 目前  身体状况 |  | 浙江“健康码”颜色 | | | 绿色 | | | 黄色 | | | 红色 |
|  | | |  | | |  |
| 近14天内是否一直在浙江省范围 | | 是□ 否□ | | | | | | | | | |
| 近14天以来行程轨迹（应注明具体时间、地点及出行交通方式。近14天未离开过浙江省范围则填写“一直在浙江”） | |  | | | | | | | | | |
| 本人是否是确诊病例或  无症状感染者及治疗情况 | |  | | | | | | | | | |
| 近14天内，是否来自或途经国（境）外和辽宁大连、新疆乌鲁木齐等重点地区 | |  | | 核酸、抗体检测情况 | | |  | | | | |
| 是否被当地认定为密切接触者并接受隔离医学观察 | |  | | | | | | | | | |
| 直系亲属及共同居住人  健康状况 | |  | | | | | | | | | |
| 其他需要说明的情况 | |  | | | | | | | | | |
| 考生承诺 | | 本人承诺，以上填报内容全部属实，如有不实，本人愿意承担相应法律责任。考生亲笔签名： 2020年 月 日 | | | | | | | | | |