|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附表2 |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 建平县医院2024年招聘合同制工作人员  报名登记表 | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 报考岗位：                 所学专业： | | | | | 是否同意调剂：（是/否） | | | | | | | | | |  |  |
| 姓  名 |  | 性别 | | |  | | | | 出生年月 | |  | | 本人照片 | |  |  |
| 健康状况 |  | 身高 | | |  | | | | 体重 | |  | |  |  |
| 身份证号码 |  | | | | | | | | | | | |  |  |
| 学历  学位 |  | 政治面貌 | | |  | | | | 婚姻状况 | |  | |  |  |
| 毕业学校  所学专业 |  | | | | | | | | 毕业时间 | |  | |  |  |
| 学制 | |  | |
| 现取得资格名称及时间 |  | | 是否有住院医师规范化培训证书 | | | |  | | 户口所在地及现居住地 | |  | | | |  |  |
| 联系电话 |  | | | | | | 邮箱 | |  | | | | | |  |  |
| 学习简历 (从高中开始填写，并注明时间段、所学专业及学历) |  | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 工作简历 （注明所在单位、科室、专业及职称） |  | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 家庭成员 及主要社会 关系 | 与本人关系 | | 姓名 | | | 出生年月 | | | | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | |  |  |
|  | |  | | |  | | | |  | |  | | |  |  |
|  | |  | | |  | | | |  | |  | | |  |  |
|  | |  | | |  | | | |  | |  | | |  |  |
|  | |  | | |  | | | |  | |  | | |  |  |
| 本人承诺：1.以上信息及提交的所有材料真实有效，如提供虚假信息,后果自负。  承诺人签字：   年    月    日 | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |
| 资格  审核  意见 | 审核人： | | | | | 监察  人员 意见 | | | |  | |  | |  |  |  |
| 签字： | | | | |  |  |
| 年   月   日 | | | | |  | | 年   月   日 | | |  |  |

备注：联系电话及邮箱必须填写清晰，需保持电话通讯畅通。