|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。