附表2

**丽江市妇女儿童医院公开招聘工作人员报名登记表**

报考岗位： 报名日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 彩色免冠近照 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 婚否 |  |
| 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  | 身体状况 |  |
| 身份证号 码 |  | 联系电话/QQ号 |  |
| 是否规培 |  | 规培单位及专业 |  |
| 何年何月取得何种资格 |  |
| 学习经历（自高中起填写） | 学校名称 | 起止时间 | 专业 | 学历学位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历 | 工作单位 | 起止时间 | 所在部门及岗位 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 是否符合报考职位所要求的相关资格条件 | 是□ 否□ |
| 是否存在需要回避的情形 | 有□ 无□ |
| 本人承诺 | 为维护公开招聘工作的严肃性，我郑重承诺： 在招聘过程中严格遵守国家、省级人事部门有关政策规定，遵守招聘纪律，并保证所提供资料的真实性，若存在弄虚作假行为，自报名之日起至聘用期间的任何时刻均可被聘用单位取消报考或聘用资格；若因信息填写错误、缺失等原因造成的一切后果，由本人承担。目前我在 （单位）工作，本人将在拟聘用公示前提供与原单位解除劳动合同的证明材料，若在规定时间内不能按时提供合同解除证明的，则同意取消聘用资格，一切后果由本人承担。（无单位则无需提供合同解除证明） 报名人员签名：   年 月 日 |
| 招聘单位意见 |  初审人员（签字）  年 月 日 |
|
|  复审人员（签字）   年 月 日 |