|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |  |  |  |  |
| **马边彝族自治县妇幼保健计划生育服务中心****2025年第一批招聘人员报名信息表** |
| 姓名 |   | 性别 |   | 出生年月 |   | 1寸近期免冠正面彩色照片 |
| 民族 |   | 籍贯 |   | 婚姻状况 |   |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |   | 报考岗位 |  |
| 学历学位 | 全日制教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在职教育 |   | 毕业院校及专业 |   |
| 联系电话 |   | 现工作单位 |  |
| 身份证号 |   |
| 工作及培训经历 |  |
| 获得过何种专业证书、有何专长 |  |
| 家庭主要成员及工作单位和职务 |  |
| 所受奖惩情况 |  |
| 本人承诺：以上所填报名信息和提供的报名材料属实。医院如在招聘和聘用任何环节发现与报名条件不符，或提供虚假证件（复印件），报名或聘用资格一律无效，且责任自负。 承诺人（签名、捺手印）： 年 月 日  |