附件2

博山区妇幼保健院劳务派遣制专业技术人员招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 1寸照片 |
| 籍贯 |  | 政治面貌 |  | 身高（cm） |  |
| 身份证号码 |  | 应聘岗位 |  |
| 专科 | 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 专业 |  | 学历 |  |
| 本科 | 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 专业 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 取得专业资格证书名称及取得时间 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历 | 此处请按照年度起始填写自高中起学习及工作经历 |
| 家庭主要成员情况（直系血亲/夫妻及工作单位情况） | 称谓 | 姓名 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **本人承诺：**已经认真阅读招聘公告及其他附件等内容，符合应聘条件，没有不能报考的因素和事由。所填写的报名信息和提交的证件、证明材料等均真实、准确、有效。对因填写错误，提供的有关信息、证件、材料不真实、不全面，未能按期提供有关证件材料，查看有关信息不及时以及违反公告规定和纪律要求所造成的后果，本人自愿承担责任。  本人签名（手写）： 日期：  |