附件 2

 商水县2025年卫生系统招聘工作人员

报名登记表

岗位代码 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 学历 （学位） |  | 毕业时间 |  |
| 工作单位 |  | 身份证号 |  |
| 电子邮箱 |  | 联系电话 |  |
| 报考单位 |  |
| 通讯地址 |  |
| 本人简历 |  |
| 报名人承诺 |  本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有虚假，本人愿承担由此产生的一切后果。报名人签名： 年 月 日 |
| 身份证审查意见：审查人签字： 年 月 日 | 学历审查意见：审查人签字： 年 月 日 | 职称或技术等级证书审查：审查人签字： 年 月 日 |
| 资格确认 意见 | 审查人签字： 年 月 日  审查人签名： |

注：考生务必填写完整的本人学习及工作经历；有工作经历的须写明本人工作经历的时间、单位、工作岗位。