附件2：

诸城市卫生健康系统2019年事业单位公开招聘工作人员

报名登记表

编号：　　　　　　　　　　　　　　　2019年月日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 政 治面 貌 |  | 籍贯 |  | 健康情况 |  |
| 毕 业院 校 |  | 专业及研究方向 |  |
| 学 历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 家 庭住 址 |  | 联系电话 |  |
| 工 作单 位 |  | 身份证号码 |  |
| 报 考单 位 |  | 报考岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 学 习（工作）简 历 |  |
| 诚 信承诺书 | 我已仔细阅读本次招考简章，理解其内容，我郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证件等，真实、准确，并自觉遵守事业单位公开招聘的各项规定，诚实守信，严守纪律，认真履行报考人员的义务。对因提供有关信息、证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应的责任。 本人签字： 年 月 日 |

注：1、本表一式一份；2、学习（工作）简历须从高中简历开始填写；3、报考专业（岗位）已经确定，不能更改。

|  |
| --- |
| 照片2 |

|  |
| --- |
| 照片3 |

　　　　　　　　　　　　审查人员签名：