附件2

安化县医疗卫生单位公开招聘报名登记表

报考单位： 报考职位： 职位代码： 照相号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | | 性  别 |  | 出生年月 | |  | | 照  片 | |
| 参加工作时  间 |  | | 民  族 |  | 政  治  面  貌 | |  | |
| 婚  姻  状  况 |  | | 户  籍  所在地 |  | 专业工作年  限 | |  | |
| 执  业  资  格 |  | | 取  得  时  间 |  | 档案保管  单位 | |  | |
| 身份证  号  码 |  | | | | 手机号码 | |  | | 座  机  号  码 |  |
| 通  讯  地  址 |  | | | | 邮政编码 | |  | | 电  子  邮  箱 |  |
| 学历学位 | 学历  学位 |  | | | | | 所学专业 | |  | |
| 毕业  院校 |  | | | | | 毕业时间 | |  | |
| 现工作单位 |  | | | | | | | | | |
| 个人简历（包括学习经历） |  | | | | | | | | | |
| 与应聘岗位相关的实践经历或取得的成绩 |  | | | | | | | | | |
| 应聘人员承诺 | 本人承诺填写的信息及提供的材料均合法、真实、有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假或填写失实、失误，承诺自动放弃考试或录取聘用资格。    应聘人签名：           年   月   日 | | | | | 资格复审  意见 | | 经审查，符合招聘资格条件。  审查人签名：  年  月  日 | | |
| 备  注 | 1.考生必须如实填写以上内容，如填报虚假信息者，取消考试或录取聘用资格；2.资格审查合格的，由人社部门留存此表，并由考生现场确认；3.考生需保持联系方式有效、畅通，否则后果自负。 | | | | | | | | | |