附件2：

**厦门市思明区妇幼保健院公开招聘非在编工作人员报名表**

**岗位（代码）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 日期：2019年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 户籍地址 |  | 专业技术资格证书 |  |
| 现居住地址 |  | 计算机操作水平 |  |
| 身份证号 |  | 联系方式 | 电子邮箱： |
| 手机： |
| 固定电话： |
| 毕业院校及专业 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 个人简历（从高中起） | 起止年月 | 单位及职务 |
|  |
| 近年来奖惩情况 |  |
| 声明 | 本人保证上述所填信息真实无误，如因填写有误或不实而造成的后果，均由本人负责。签　　名：　　 年 月 日 |
| 资格审查 | 审查人签名：　　　 　年　　月　　日 |

**注：应聘人员应对自己所填报资料的真实性负责，凡有弄虚作假者，取消聘用资格。**