**附件2**

大连金普新区2024年卫生系统招聘事业编制

工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **身 份 证 号** |  | **照****片** |
| **出生日期** |  | **性别** |  | **民族** |  | **政治面貌** |  |
| **户口所****在地** |  | **学历** |  | **学位** |  |
| **毕业院校** |  | **所学专业** |  | **毕业时间** |  |
| **外语语种** |  | **等级水平** |  |
| **执业范围** |  | **是否通过执业资格考试** |  |
| **电子邮件** |  | **手机号码** |  |
| **报名单位及岗位名称** | 例： 大连市金州区第一人民医院 妇产科医生（务必写清楚所报岗位的单位名称） | **报名岗位识别码** | 例： 01 |
| **个****人****简****历** | **（从高中开始填写）** |
| **诚****信****承****诺** | 本人保证以上填写的内容真实有效，否则，取消聘用资格。另外，自主招聘实行诚信承诺制，考生不能提供毕业证、学位证、执业资格证等相关证件的，或者有证件造假等不诚信行为的，不再作为拟聘用人选。本人签名（手签并按手印）：年 月 日 |

注：表格各项内容请用电子版填写好后打印，本人签名处需要签字笔手签并按手印。