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。 |