附件2：

2020年开福区公开招聘基层医疗卫生机构工作人员

报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 贴  相  片 |
| 出生年月 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 现户籍地 | 省 市（县） | | | 婚姻状况 |  |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | | | 邮 编 |  |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 |  | |
| 专 业 |  | | | 学历及学位 |  | |
| 现工作单位 |  | | | 单位性质 |  | |
| 档案所在单位 |  | | | 执业资格 |  | |
| 职 称 |  | | | 职 务 |  | |
| 报考单位 |  | | | 报考岗位 |  | |
| 学习、工作经历  （何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从大中专学习开始，按时间先后顺序填写） |  | | | | | |
| 接受培训和  继续教育情况 |  | | | | | |
| 有何特长及  突出业绩 |  | | | | | |
| 奖 惩  情 况 |  | | | | | |
| 应聘人员承诺 | 本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件，如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。  应聘人签名：  年 月 日 | | | | | |
| 审 核  意 见 | 审核人： 审核日期： 年 月 日 | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | |

说明：1、此表用蓝黑色笔填写，字迹要清楚；

2、表中所指“专业”、“学历及学位”是与所报岗位所对应的专业、学历和学位；

3、此表须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。