附件2

**2020年大庆市红岗区公开招聘医疗卫生专业技术人员报名表**

**报考岗位名称： 报考岗位代码：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 |  | 出生年月日 |  | 插入证件照  电子版  （近期蓝底彩色免冠照片） |
| 民 族 |  | | | 籍 贯 |  | 出生地 |  |
| 政治面貌 |  | | | 现居住  地址 |  | | |
| 身份证  号码 |  | | | | 健康  状况 |  | |
| 手机号码 |  | | | | 邮箱  微信 |  | |
| 符合报考条件的全日制教育毕业院校、专业、时间 | | |  | | | 学 历  学 位 |  | |
| 专业技术资格名称及取得时间 | |  | | | | 执业证书类别及注册时间 |  | |
| 档案保管部门名称 |  | | | | | 联系人及电话 |  | |
| 符合加分政策人员 | 1.我省“项目生”人员□ 2.我省城乡基层公益性岗位人员□ 3.疫情防控一线的编制外医务人员□  4.由我省各级兵役机关征集入伍的普通高等学校毕业入伍大学生（服现役期满已退役）□ | | | | | | | |
| 现工作单位及岗位 |  | | | | | | | |
| 学  习  工  作  简  历 | （从高中开始） | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭  主要  成员  及重  要社  会关  系 | 称 谓 | 姓 名 | 年龄 | 政 治  面 貌 | 工 作 单 位 及 岗 位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 承  诺  书 | 本人已仔细阅读《2020年大庆市红岗区公开招聘医疗卫生专业技术人员公告》和《2020年大庆市红岗区公开招聘医疗卫生专业技术人员计划表》，清楚并理解其内容，符合报考岗位条件要求。我郑重承诺：本人所填报并提供的个人信息、证明资料、有关证件等真实、准确，能自觉遵守本次事业单位公开招聘的各项规定，诚实守信、严守纪律，认真履行报考人员义务。本人自愿承担因提供有关信息资料、证件不实或违反本次考试有关纪律规定所造成的一切后果直至法律责任。  承诺人签名（机打无效）: 年 月 日 | | | | |
| 报  考  资  格  审  查  意  见 | 年 月 日 | | | | |
| 备  注 |  | | | | |