|  |
| --- |
| 附件2： |
| 2020年度防城港市上思县基层医疗卫生事业单位公开招聘专业技术人员报名登记表 |
| 报考单位：　　　 　报考岗位： |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 籍贯 |  | 出生地 |  | 参加工作时间 |  | 何时入何党派 |  |
| 职称 |  | 执业资格 |  | 健康状况 |  | 身份证号码 |  |
| 学历学位 | 全日制 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 档案所在单位 |  | 现工作单位及职务 |  |
| 现工作单位是否同意报考（在编或签订合同、协议的单位） |  | 固定电话及移动电话号码 |  |
| 是否服从组织分配 |  | 联系地址 |  |
| 学习工作简历 |  |
| 主要奖惩情况 |  |
| 主要家庭成员和社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 个人意见 | 本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，与报考岗位条件一致，如有不实、弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。签字：年月日 |
| 资格审查意见 | 审核人：年月日 |