附件2

|  |
| --- |
| **长沙市第一医院报名登记表** |
| **报考岗位** |  | **岗位代码** |  | 粘贴照片 |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  | **政治面貌** |  |
| **第一学历** |  | **专 业** |  |
| **毕业时间** |  | **毕业学校** |  |
| **最高学历** |  | **专 业** |  |
| **毕业时间** |  | **毕业学校** |  |
| **工作年限** |  | **已获得技术职称** |  | **联系电话** |  |
| **婚姻状况** |  | **生育状况** |  | **邮 箱** |  |
| **身份证号码** |  | **是否与其他单位****建立劳动关系** |  |  |
| **学习简历** |  |
| **工作简历** |  |
| **在校及工作期间任何职务受何奖励** |  |
| **诚信承诺** | **本《报名表》所填写的信息准确无误，报考所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，将取消考试或聘用资格，所产生的一切后果由本人承担。资格审查时，保证提交所需的全部证书证件查验。****报考人签名：** |
| **审查意见** |  | **审查人员签名** | 　　 |