附表1:

阜新市中医医院公开招聘专业技术人员

报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  | | 近期照片 | |
| 出生年月 |  | 户口  所在地 |  | | | |
| 学历  （学位） |  | 所学专业 |  | | 民族 |  |
| 何年何月何校毕业 | |  | | | | | | |
| 本人资格证件情况 | |  | | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | 联系电话 | | |  |
| 报考职位 | |  | | | | | | |
| 个人工作简历 | |  | | | | | | |
| 报考人承诺书     本人承诺，本人符合报考岗位的资格要求条件，并对所填报的所有信息和提供资料的真实性、有效性负责。如有虚假，取消报考资格。                                 报考人签字：    年    月    日 | | | | | | | | |

附表2：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **阜新市中医医院公开招聘专业技术人员防疫情况调查表** | | | | | |
| 考试报名人员： | | | | | |
| 请您认真阅读以下内容，并如实填写相关征询信息  （请在□内以“√”表示） | | | | | |
| **姓名** | **性别** | **联系方式** | **身份证号** | | |
|  |  |  |  | | |
| **您是否** | | | **否** | **是** | **“是”请标注具体信息** |
| 四周内有发热或呼吸道症状？ | | | □ | □ |  |
| 四周内境外来（返）阜新人员？ | | | □ | □ |  |
| 四周内曾在疫情中高风险地区旅行或居住？ | | | □ | □ |  |
| 四周内曾与新冠密切接触者有过接触？ | | | □ | □ |  |
| 四周内曾与新冠患者、无症状感染者有过接触？ | | | □ | □ |  |
| 新冠肺炎确诊病例或无症状感染者痊愈后未满6个月？ | | | □ | □ |  |
| 本人承诺表中提供的所有资料和信息是真实的，承担因提供虚假资料和信息带来的一切后果。并承诺自报名之日起至面试开始前尽量不离开阜新，如有特殊情况离阜且仅有低风险地区行程轨迹者须主动向医院告之，返阜后提供健康绿码，体温正常且做好个人防护的基础上方可参加面试。如有活动轨迹异常，不能参加面试，视为自动放弃。（电话：0418-3317694，0418-2823403）。  **本人签名：** **日期：** | | | | | |