附件2

**2023年五大连池市卫生系统公开招聘编外医务人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | | 照片 | |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | |
| 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | |
| 专业 | |  | | | 是否是 全日制 | | |  |
| 资格证书 | | （按证书名称、取得时间准确填写) | | | | | | |
| 户籍 | | （按户口薄信息准确填写） | | | | | | |
| 家庭住址 | | （详细住址及所在社区) | | | | | | |
| 联系电话 | | (填写两个) | | | | | | |
| 个  人  简  历 | (高中写起，日期收尾相连) 2010.09—2013.06 xx高中 学生  2013.09—2017.06 xx大学 学生  2017.06--2019.04 xx单位 工作人员  2019.04-- xx单位 工作人员 | | | | | 报名人承诺：  本报名表所填信息及提交的各类证件材料均真实有效，如有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  签名：  年 月 日 | | |
| 家庭  成员  主要  社会  关系  单位  职务 | 例：父亲 姓名 职务  母亲 姓名 职务 | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | |
| 审核  意见 |  | | | | | | | |

说明：报考人员需时刻关注五大连池市政府网站http://www.wdlc.gov.cn发布的通知及公告，且保持通讯畅通，若更换联系方式应及时与招考部门沟通，因个人原因导致招考部门无法联系到报考人员造成错过考试任何环节的，报考人员自行承担相关责任。