附件2：白沙黎族自治县考核招聘医学院校毕业生报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |  |
| 籍 贯（生源地） |  | 现户籍所在地 |  | 婚否 |  |
| 身份证号码 |  |
| 家庭住址 |  |
| 专业技术职称 |  | 学历 |  |
| 毕业院校\专业 |  | 学位 |  |
| 现工作单位 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 报考岗位 |  | 联系电话 |  |
| 学习、工作简历 |  |
| 家庭成员情况 | 姓名 | 关系 | 年龄 | 所在单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 应聘承诺 | 以上表格所填内容属实，如有虚假，招聘单位有权取消报考资格和解除聘用合同。应聘者签名： 年 月 日 |
| 资格审查意 见 | 初审意见 | 考核招聘领导小组意见 |
| 审查者签名：年 月 日 | 年 月 日 |
| 备注 |  |