附件2

 百色市妇幼保健院 2022年急需紧缺专业技术人才

招聘报名表

填表人签字： 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月（岁） |  | 免冠电子相片 |
| 民 族 |  | 籍贯 |  | 出 生 地 |  |
| 参加工作时间 |  | 政治面貌 |  | 专业技术职称 |  |
| 身份证号码 |   |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 现在是否属于机关事业单位在职在编（含控制数编制）人员 |  |
| 报名岗位名称 |  |
| 本人联系电话 |  | 应急联系人及联系电话 |  |
| 学 习 和 工 作 简 历 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 主要研究方向和获得成果 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭主要成员及社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申报人承 诺 | 申报人承诺和签名：本人承诺以上填报内容和提供的材料完全真实，如有虚假，本人愿意承担由此产生的一切责任和后果。 签名：  年 月 日  |
| 招聘单位意 见 | 单位公章（盖章） 年 月 日 |
| 主管单位意 见 |  主管单位（盖章） 年 月 日 |