**附件2**

**诸城市人民医院2023年公开招聘**

**报名登记表**

编号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年月日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片（可粘贴可打印） |
| 政治面貌 |  | 毕业时间 |  |
| 学　　历 |  | 学　　位 |  |
| 毕业学校 |  | 专业 |  |
| 籍 贯 |  | 联系电话 | 手机： |
| 固话： |
| 工作单位 |  | 电子信箱 |  |
| 报考岗位 |  |  | 岗位代码 |  |
| 学习（工作）简历 |  |
| 诚　信承诺书 | 　　我已仔细阅读本次招考简章，理解其内容，我郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证件等，真实、准确，并自觉遵守事业单位公开招聘的各项规定，诚实守信，严守纪律，认真履行报考人员的义务。对因提供有关信息、证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应的责任。　　　　　　　　 报考人员签名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 月　　日 |

注：1、本表一式一份；2、学习（工作）简历须从高中简历开始填写；3、报考专业（岗位）已经确定，不能更改。