附件2：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2023年左权县人民医院（山西省人民医院左权分院）公开招聘专业技术人员报名登记表 | | | | | | | | | | |
| 报考单位 |  | | | | | 报考岗位 | |  | | 一寸  近期  红底  免冠  相片 |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 出生年月 | |  | |
| 政治面貌 |  | | 民 族 |  | | 身份证号 | |  | |
| 籍 贯 |  | | | | | 固定电话 | |  | 手机号 |  |
| 文化程度 |  | | 毕业院校及时间 | |  | | | 所学专业 |  | |
| 现工作  单位 |  | | | | | 参加工作时间 | | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | | |
| 主要  学习  工作  经历 |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 家庭  成员  及  主要  社会  关系 | 关系 | 姓名 | | | | 工作单位及职务 | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |
| 本人承诺：本表所填内容真实无误，否则后果自负。  考生签字：  年 月 日 | | | | | | 资格审  查意见 | 经审查，符合报考条件。    审查人签字：  年 月 日 | | | |