|  |
| --- |
| **附件2：三亚市海棠区卫生健康系统2023年事业单位公开招聘报名表** |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | **粘贴一寸照片** |
| **民族** |  | **籍贯** |  | **政治面貌** |  |
| **专业** |  | **职称** |  | **联系方式** |  |
| **身份证号码** |  | **E-mail** |  |
| **学历** |  | **学位** |  | **毕业院校** |  | **毕业****时间** |  |
| **现工作单位** |  | **住址** |  |
| **报考岗位** |  |
| **个人简历****(从高中起填写至2023年7月）** |  |
| **家庭****主要****成员** | **姓名** | **年龄** | **与本人关系** | **工作单位及职务** | **户籍所在地** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **是否行政、事业单位在编人员** |  | **原工作****单位** |  | **原工作单位****主管部门** |  |
| **所在单位同 意报考意见 （行政、事业 单位在编人员需盖章）** | **单位（盖章）：** **年 月 日** | **所在单位主 管部门同意 报考意见 （行政、事业单位在编人员需盖章）** | **单位（盖章）：** **年 月 日** |
| **承诺书****本人承诺所提供的个人信息真实有效，并严格遵守招考公告中的所有规定，如有隐瞒、虚报、谎报有 关情况，本人愿意承担一切责任。****承诺人签名： 年 月 日****（手写签名按手印）** |

备注：请填写好报名表并在签名处手写签名后扫描成PDF格式上传至报名系统。