附件2

麻城市卫生健康系统事业单位2023年公开招聘工作人员 报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照 片 |
| 出生年月 |  | 政 治面 貌 |  | 应 届 或社会在职 |  |
| 毕业学校及专业 |  | 所学专业 |  |
| 学历与学位 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通讯地址 |  | 住宅电话 |  |
| 本人电话 |  |
| 家庭地址 |  | 紧急联系电话 |  |
| 报考单位 |  |
| 报考岗位（专业） |  | 报考岗位代码 |  |
| 资格证（如需要）种类及证号 |  |
| 是否符合政策性加分 |  |
| 个人简历（从高中写起） | 示例：......某年某月-某年某月，在什么学校什么专业学习，硕士研究生......某年某月-某年某月，在什么单位工作，什么职务 |
| 家庭主要成员 | 姓名 | 关系 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 诚信承诺 |  本人郑重承诺：此表我已完整填写，所填个人信息均属实，所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如信息填写不完整或有不实之处，出现所有后果由本人承担。  本人签名： 年 月 日 |
| 报考资格审查意见 | 经审查：□符合应聘资格条件。 □不符合应聘资格条件。 审查人：  年 月 日 |