附件2

**广西壮族自治区南溪山医院2023年度公开招聘工作人员报名登记表**

报考岗位： 专业： 报考日期： 年 月 日

|  |
| --- |
| **基本信息** |
| 姓 名 |  | 性 别 | □男 □女 | 出生年月 |  年 月 | 贴二寸免冠照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 所学专业 |  |
| 职 称 |  | 取得职称时间 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 家庭地址 |  | 婚姻状况 | □已婚 □未婚 |
| 紧急联系人 |  | 关 系 |  | 联系电话 |  |
| 参加工作 时间 |  | 执业证书编号 |  | 现是否为机关事业单位编制内人员 |  |
| **教育经历（从大学起）** |
| 起止时间 | 学校名称 | 学 历 | 是否全日制 | 专 业 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **参加工作经历** |
| 起止时间 | 工作单位 | 部 门 | 职 务 | 证明人 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **奖惩情况** |
| 时间 | 有何奖惩 | 备注 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **与本单位职工有何亲属关系请说明（必填，请如实填写，没有则填无）** |
|  |
| **郑重申明** | 本人保证以上所填内容属实，如有虚假，本人愿意承担由此产生的一切后果。  报考人签名： |
| **资格审查 意见** |  审核人签名： |