**附件2**

**长汀县妇幼保健院2024年第一轮公开招聘编制外**

**工作人员报名表**

报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  近期免冠1寸彩照 |
| 政治面貌 |  | 身份证号码 |  |
| 户籍所在地 | 省 县 乡（镇） | 通讯 地址 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业专业 |  | 学历 |  |
| 专业技术资格及取得时间 |  | 规培合格证及取得时间 |  |
| 健康状况 |  | 联系电话 | 本人 |  |
| 是否过敏体质 |  | 家属 |  |
| 现工作单位及岗位 |  | 从事现岗位起止时间及年限 |  |
| 身高 |  cm  | 左眼 | 裸眼：  **/**  矫正**： /** | 右眼 | 裸眼： **/**矫正**： /** | 医生签字 |  |
|  个人学习工作简历 |  |
| 所在单位意见：  （盖章） 2024年 月 日 |
| **本人承诺：1.本表内容及提供的有关材料依据真实、合法、有效，符合招聘方案（公告）的报考条件。如有不实，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任及由此造成的一切后果；****2.本人对招聘方案（公告）已知悉，并认可有关规定。**承诺人（签名）： 年 月 日  |
| 审核人意见 |  | 审核人签名： 年 月 日 |