**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 | | | | | | | | |