**附件2**

**龙华区滨海街道社区卫生服务中心2024年度公开补充招聘编外医疗卫生专业技术人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人员基本信息 | 姓名 | |  | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | 相片  （1寸彩色免冠近照） | |
| 籍贯 | |  | | 出生地 | |  | | 政治  面貌 | |  |
| 身体状况/  身高 | |  | | 身份证  号码 | |  | | | | |
| 户籍  所在地 | |  | | 婚育情况 | |  | | 是否服从  调配 | |  |
| 联系电话 | |  | | 家庭现住址 | |  | | | | 电子  邮箱 |  | |
| 学历  学位 | 全日制  教育 | |  | | 毕业院校  及专业 | |  | | | | | 毕业时间 |  |
| 在职  教育 | |  | |  | | | | | 毕业时间 |  |
| 工作  情况 | 专业技术资格 | | | |  | | | | | 参加工作时间 | |  | |
| 现工作  单位 | |  | | | | 现工作岗位  （职务） | | |  | | 任职时间 |  |
| 学习工作简历 | | |  | | | | | | | | | | |
| 获奖  情况 | | |  | | | | | | | | | | |
| 特长 | | |  | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员  及重要社会关系 | | | 称谓 | 姓名 | | 年龄 | 政治  面貌 | 工作单位及职务 | | | | | |
|  |  | |  |  |  | | | | | |
|  |  | |  |  |  | | | | | |
|  |  | |  |  |  | | | | | |
|  |  | |  |  |  | | | | | |
| 本人承诺：以上表格所填内容和提供相关依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，弄虚作假的本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。  报考承诺人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 资格审查意见 | | 审查人员签名： 复查人员签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |