附件2

宜宾市第三人民医院2024年员额制医疗卫生专技人员考核报名表

（此表请双面打印）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性 别 |  | 出 生年 月 |  | 照 片 |
| 民族 |  | 籍 贯 |  | 出生地 |  |
| 政治面貌 |  | 身份证号 码 |  |
| 学历、学位及教育形式 |  | 取得何种类别资格证 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 现工作单位及岗位名称 |  |
| 通信地址及邮编 |  | 联系电话 |  |
| 报考岗位名称 |  | 岗位代码 |  |
| 个人简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭主要成员及主要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 考生承诺 | **本人郑重承诺：****我已认真阅读本次考核公告，理解其内容，认为符合报考岗位资格条件。我报名所填信息真实、可靠，所提供证书、证件、证明等报名材料真实有效。****综合考核时凭本人考核通知单和正式有效居民身份证原件参加考核，自觉遵守考场纪律和考试规则。****以上承诺如有违反，本人愿承担一切后果并自愿接受有关部门处理。** 考生本人签名：  年 月 日 |
| 报名资格审查 | 初审意见：相关证书、证件原件已验，符合报考条件。签名： 年 月 日 | 复审意见：相关证书、证件原件已验，符合报考条件。签名： 年 月 日 |

请在现场资格审查通过后，将报名表和全部材料交报名处，资料不能带走，否则责任自负！