附件2

韶关市武江区医疗卫生机构公开招聘报名表

报考单位： 报考岗位名称： 岗位代码： 人员编号:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 贴相片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 现户籍地 |  省 市（县） | 婚姻状况 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 学历及学位（注明全日制/非全日制） |  |
| 工作单位(注明编内/编外) |  | 单位性质 |  |
| 裸视视力 |  | 矫正视力 |  | 身高 |  |
| 医疗机构工作情况及考核结果 |  |
| 学习、工作经历（何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从中学开始，按时间先后顺序填写） | 备注：如有在医疗卫生机构工作经历，请注明在该医疗卫生机构从事的具体工作。 |
| 家 庭成 员及 主要 社会 关系 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
| 有 何特 长及 突出 业绩 |  |
| 奖 惩情 况 |  |
| 应聘人员承诺 |  **本人承诺所提供的材料及填写表格的内容真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。****应聘人签名：** 年 月 日 |
| 审 核意 见 | 审核人签名： 审核日期： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

说明： 此表正反双面打印，须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。