附件2

福建省汀州医院2024年公开招聘编制外工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | | | 性别 | |  | | | | | 户籍  所在地 | | | |  | | 近期免冠  1寸彩照 |
| 政治  面貌 |  | | | | | | 身份证号码 | |  | | | | | | | | | | |
| 通讯  地址 |  | | | | | | | | | | | | | **报考**  **岗位** | | |  | | |
| 学历/学位 |  | | | | | 毕业时间、院校及专业 | | |  | | | | | | | | | | |
| 取得专业技术任职资格及时间 | | | | |  | | | | | | 规培专业及合格证取得时间 | | | | | | | |  | |
| 健康状况 | | | | |  | | | | | 联系电话 | | | | | 本人 | | | |  | |
| 是否过敏体质 | | | | |  | | | | | 家属 | | | |  | |
| 个人简历（**高中或初中起**） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（或住址）** | | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |
| **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，符合本次招聘公告（实施方案）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.本人对本次招聘公告（实施方案）已知悉，并认可有关规定。**  **报考人(盖章):**  2024年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **在职人员或服务基层项目在岗高校毕业生所在单位意见：**    **（盖章）** 2024年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核人  意见 | | |  | | | | | | | | | | 审核人签名：  2024年 月 日 | | | | | | | |