|  |
| --- |
| 附件2  **2024年荥阳市公开招聘基层医疗卫生事业单位工作人员报名登记表**  填表日期： 年 月 日 |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 民族 | 　 | 照 片 |
| 出生年月  | 　 | 籍 贯 | 　 | 政治 面貌 | 　 |
| 毕业院校 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 所学专业 |   | 学历 |   | 学位 | 　 |
| 报考岗位 |  | 岗位代码 |  | 联 系电 话1 |  |
| 家庭详 细住址 | 　 | 联 系 电 话2 |  |
| 身份证号 | 　　 | 现职称及执业资格 |  |
| 本 人 简 历 | 　 |
| 家庭 成员 及主 要社 会关 系 | 姓名 |  与本人关系  |  工作单位及联系电话 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 本人承诺 |  本人已认真阅读招聘公告并严格遵守公告规定。本表所填写的内容、信息准确无误，提交的证件、材料和照片真实有效。如有虚假，由本人依法依规承担一切责任和后果。 |
|
|  报考人签名： |
|
| 审核意见 |  审核人（签名）： 年 月 日 |
|
| 注：1.此表A4纸打印，一式2份，每份表格贴1张近期一寸免冠同底版彩色照片；2.报考岗位只能选报一个岗位。 |