|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | | | |