附件2：

**儋州市人民医院（儋州市人民医院医疗集团总院）2024年面向社会考核招聘员额制专业技术人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 性　别 | | |  | 照  片 |
| 出生年月 |  | 籍　贯 | | |  |
| 民族 |  | 政治面貌 | | |  |
| 考生类型 |  | 身份证号 | | |  | |
| 是否在编 |  | 报考岗位代码/  岗位名称 | | |  | |
| 学历/学位 |  | 所学专业 | | |  | |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 | | |  | |
| 健康状况 |  | 参加工作时间 | | |  | |
| 现工作单位  \职务 |  | 职称 | | |  | |
| 户口所在地 |  | 手机号码 | | |  | |
| 家庭住址  及邮政编码 |  | 个人Email | | |  | |
| 个人简历  （从大学填起） |  | | | | | |
| 所受奖惩情况 |  | | | | | |
| 获取的证书及  特长 |  | | | | | |
| 考生诚信承诺（必填） | 上述填写内容和提供的相关依据属实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。  签名（签章）： 年 月 日 | | | | | |
| 资格初审意见 | 审查人签名：  年 月 日 | | 资格复审意见 | 复审人签名：  年 月 日 | | |

填表时间： 年 月 日

**注:考生类型请填2024届毕业生\事业单位职工\企业职工\待业人员等。**