附件2：

**衡水市妇幼保健院**

**2024 年度选聘工作人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | 出 生  年 月 |  | | 照  片 |
| 政 治  面 貌 |  | 民族 |  | | 籍 贯 |  | 户籍所在地 |  |
| 毕业院校 及专业 |  | | | | 学习形式  （是否全日制） | |  | |
| 学 历 |  | | | | 学 位 |  | 毕 业  时 间 |  | |
| 报考科室及岗位 |  | | | | 是否具有  工作经历 |  | 现工作单 位 |  | |
| 身份证号 |  | | | | 现家庭  住 址 |  | | 本 人  电 话 |  |
| 紧急联系人 电 话 | 姓 名： 电 话： （请保持24小时开机状态） | | | | | | | | |
| 学 习  工 作  简 历 |  | | | | | | | | |
| 家庭主要成员及社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | | 工作单位(无单位填现职业) | | 个人诚信保证 | 本人以上所填各项内容真实。所提供报考资料原件和复印件齐全真实，如有虚假，取消聘用资格，责任自负。在选聘过程中任何环节如出现不符合录用情况，立即取消聘用资格。  本人确认签字：  年 月 日 | | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
| 用人单位审核 | （签字）  年 月 日 | | | | | | | | |

**注：1、此表只限衡水市妇幼保健院2024年度选聘工作人员填写，必须由本人手工填写，所填信息均真实有效。2、学习工作简历自高中开始填起，包括所有后取学历及参加工作经历。3、报名考生请关注微信公众号：“衡水市妇幼保健院订阅号”，以便查询选聘相关信息。**