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。**