附件2

保亭黎族苗族自治县医疗集团2024年

考核招聘事业编制工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | | 出生年月 |  | | | | 照片 |
| 籍贯 |  | | 民族 | |  | | | 政治面貌 |  | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | | | | | |
| 最高学历学位 |  | 毕业学校 | | | |  | | | | 所学专业 | | |  |
| 参加工作时间 |  | | | | | 现职务 | | |  | | | | |
| 专业技术等级 |  | | | | | 专业技术资格证专业 | | | | |  | | |
| 报考工作单位 |  | | | | | | 报考岗位 | | | |  | | |
| 固定电话 |  | | | 联系手机 | | |  | | | 电子邮箱 | |  | |
| 家庭成员  基本情况 | (夫妻情况）  （子女情况） | | | | | | | | | | | | |
| 个人学习 （高中起填）  工作简历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 资格  审查  意见 | （签章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 考生承诺 | **以上所填内容属实，若有虚假，所聘单位有权解除聘用资格。**  考生签名： | | | | | | | | | | | | |