|  |
| --- |
| 附件2：**2020年度东兴市公立医院聘用人员（使用控制数）公开招聘考试****报名登记表** |
|  |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | 本人近期小二寸证件照 |
| **身份证号** |  | **电子邮箱** |  | **政治面貌** |  |
| **移动电话** |  | **固定电话** |  | **民族** |  |
| **通讯地址** |  | **健康状况** |  |
| **毕业院校** |  | **所学专业** |  | **毕业时间** |  |
| **学历** |  | **学位** |  | **是否全日制学历** |  |
| **专业技术资格（职称）** |  | **职（执）业资格** |  |
| **参加工作时间** |  | **现工作单位** |  |
| **报考单位** |  | **报考岗位** |  |
| **报考岗位编码** |  | **笔试类别：**综合管理类（A类）/医疗卫生类（E类） |  |
| **个人学习、工作经历（从高中开始至今，不间断填写）** | 起止时间 | 学校或工作单位 | 专业或职务 | 是否全日制就读 |
|  |  |  |  |
| **家庭主要成员** | 姓名 | 与本人关系 | 单位 | 职务 |
|  |  |  |  |

 |
| **已提交材料** | □身份证 ；□户口簿 ；□毕业证书 ；□学位证；□资格证书 ；□ 职称证书 ；□相关证明；□其它： 。 |
| **资格审查意见** | □通过； □未通过。审核人（签字）： 审核单位（盖章）： 2020年 月 日 |
| **报名情况认定** | □成功； □不成功。审核单位（盖章）：2020年 月 日 |
| **改报情况** | □否； □是，改报单位名称及岗位编码： 。 |
| **已提交材料** | □身份证 ；□户口簿 ；□毕业证书 ；□学位证；□资格证书 ；□ 职称证书 ；□相关证明；□其它： 。 |
| **改报后资格审查****意见** | □通过； □未通过。审核人（签字）： 审核单位（盖章）： 2020年 月 日 |
| **考生承诺** | 本人已仔细阅读招聘公告，理解其内容，符合报考条件。本人承诺报名信息和资格审查材料真实、准确、完整，聘用后不构成回避关系，否则由此引发的问题，本人自愿承担全部责任。 考生本人签字（手写）： 2020年 月 日 |

 注：本表要求双面打印，一式三份，不得涂改，审核单位留存二份、报考人员留存一份。如发生改报情况的，请原审核单位退还报考人员此

表，由改报单位完成改报信息填写并留存。