|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 | |  |  |  |  |  |
| **廊坊市人民医院公开选聘报名登记表** | | | | | | |
| **报名序号：** | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 报考专业 |  | 电子照片 |
| 出生年月 |  | 民族 |  | 联系电话  邮 箱 |  |
| 职 称 |  | 身份证号 | |  | |
| 籍 贯 |  | | | 政治面貌 |  |
| 户籍所在地 | |  | | | |
| 毕业院校 | |  | | | 是否全日制 普通类 |  |
| 所学专业 |  | | 学历学位 |  | 毕业时间 |  |
| 原工作 单位 |  | | | | | |
| 学习工作简历（高中写起） |  | | | | | |
|
|
|
|
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | | 年 龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
| 本人 承诺 | 以上信息属实，若有虚假，责任自负。 | | | | | |
| 本人签字： 年 月 日 | | | | | |
| 联系电话： 审核员签字： | | | | | | |
|  | | | | | | |