附件2

新绛县2021年医疗卫生系统公开招聘工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照 片 |
| 身份证号 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 户籍所在地 |  | 民 族 |  |
| 婚姻状况 |  | 家庭住址 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 毕业时间 |  | 联系电话 |  |
| 报考单位及岗位 |  | 职业资格及取得时间 |  |
| 现工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 学习工作经历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭成员情况 |  |
| 本人诚信承诺 | 我同意并遵守本次招聘方案中的有关规定和要求，自愿报考所填单位和岗位，填写内容属实，提供证件真实，如有违反，愿承担一切责任和后果！应聘人员签名： 年 月 日 |
| 备注 |   |