附件2：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报名序号： 日期： 年 月 日 | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 民 族 |  | 照 片 |
| 年 龄 |  | 籍 贯 |  | | 政 治 面 貌 |  |
| 专科毕业院校及时间 |  | | | | 所学专业 及学制 |  |
| 本科毕业院校及时间 |  | | | | 所学专业 及学制 |  |
| 家庭住址 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 报考单位 |  | | | | 报考岗位 |  | |
| 身份证号 |  | | | 执业资格 |  | 现有职称 |  |
| 有何特长 |  | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | |
| 本 人 简 历 |  | | | | | | |
| 家庭成员 及主要社会 关系 | 姓名 | 与本人关系 | | 工作单位及职务 | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |
| 报名承诺 | 本表所填内容准确无误，所提交的证件和照片真实有效。如有虚假，一经查实，由此产生的一切后果由本人承担。 | | | | | | |
| 报名人签名： | | | | | | |
| 资格 审查意见 | 审查人签名： | | | | | | |
| 注:1.“报名序号”由工作人员统一填写；2.本表一式二份。“招聘岗位”“岗位编号”“招聘专业”参照招聘计划表对应信息填写 | | | | | | | |

商丘市第一妇幼保健院（商丘市第六人民医院）2023年公开招聘专业技术人员报名表