|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考岗位： | |  | | | | 1寸白底照片 |
| 基本信息 | 姓 名 |  | | 性 别 |  |
| 出生日期 |  | | 居民身份证号 |  |
| 政治面貌 |  | | 出生地 |  |
| 民 族 |  | | 籍 贯 |  |
| 学习情况 | 最高学历 |  | | 最高学位 |  | |
| 本科 | 毕业时间 | |  | 专业及方向 |  |
| 毕业学校 | |  | 学习形式 |  |
| 硕士研究生 | 毕业时间 | |  | 专业及方向 |  |
| 毕业学校 | |  | 学习形式 |  |
| 博士研究生 | 毕业时间 | |  | 专业及方向 |  |
| 毕业学校 | |  | 学习形式 |  |
| 工作情况 | 考生身份 | 已就业或未就业 | | 现工作单位及职务或档案存放地点 |  | |
| 现工作单位主管部门 |  | | 进入现工作单位时间或档案存放时间 |  | |
| 主要工作情况 |  | | | | |
| 资格及职称情况 | 现有技术资格 |  | 取得时间 | |  | |
| 现有职称 |  | 取得时间 | |  | |
| 其他资格证件 |  | | | | |
| 联系方式 | 联系电话及微信号 |  | | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | |
| 现工作单位和主管部门是否同意报考 | |  | | | | |
| 本人承诺 | | 本人上述填写内容和提供的相关资料均属实，并符合所报考岗位招聘条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃报名和聘用资格并承担相应责任。   承诺人： 年 月 日 | | | | |
|
| 初核签字： 复核签字： | | | | | | |

附件2：

山西省医学会2024年公开招聘工作人员报名表

编号：