附件2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息 | 姓名 |  | 性别 |    |  照片 |
| 身份证号 |   | 婚姻状况 |   |
| 出生日期 |  | 民族 |    |
| 政治面貌 |  | 入党时间 |    |
| 联系地址 |  | 联系电话 |   |
| 专业技术职称 | 现有技术资格 |   | 现有资格取得年月 |   | 执业类别 |   |
| 教育情况 | 学历学位 |  | 是否全日制普通高校毕业 |   |
| 是否2024年应届毕业生 |  | 是否择业期内未落实工作单位毕业生 |  |
| 主要学习经历（从高中起） |  |
| 主要工作经历 |  |
| 以下由审核部门填写盖章 |
| 审查意见 | 单位审查意见 |
| 印章  年  月   |
| 个人承诺：本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。 |
| 报名人（签名）：        年  月  日 |

南昌大学附属口腔医院2024年公开招聘报名登记表