|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 曙光社区卫生服务中心2024年公开招聘工作人员报名登记表 |  |
| 填表日期： 年 月 日 |  |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 民族 | 　 | 二寸彩色免冠照片 |
| 出生年月 | 　 | 政治面貌 | 　 |
| 身份证号 | 　 | 参加工作时间 | 　 |
| 第一学历 |  | 第一学位 | 　 | 毕业院校 |  | 专业 | 　 |
| 最高学历 |  | 最高学位 | 　 | 毕业院校 |  | 专业 |  |
| 报考专业及岗位代码 | 　 |
| 取得资格证书名称 |  | 取得时间 |  | 是否有不得报考的情形 | 无（ ） 有（ ） |
| 手机 | 　 | 固定电话 | 　 |
| 主要简历（从上高中填起，尤其是上大学起始时间、院校、专业、学历及毕业后工作情况填写要详细完整） | 　 |
|
| 受过何种奖励或处分 | 　 |
| 报名人声明 | 本人郑重承诺：本人提交和填写的信息资料真实、准确、完整，经与所报岗位报考资格条件核实，确认本人符合该岗位的报考资格条件，无不得报考情形。如本人不符合考试报名条件进行了报名或在报名表中有漏填、误填、隐瞒，将无条件服从有关部门做出的考试成绩无效、不能进入聘用程序及不予聘用等决定，由此而产生的一切后果由本人承担。报名人签字： |
| 资格审查意见 | 审查人签字： |
| 备注：取得资格证书名称及时间为：中初级任职资格证（如医师资格证、护士资格证等）、住院医师规培证等岗位要求的证件名称及时间。 |  |