|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 大新县2024年卫生健康系统公开招聘事业单位工作人员  报名登记表 | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 出生 年月 | |  | | | | 相片位置  （方式二选一）  1.贴近期一寸彩照；  2.如果放电子照片须彩色打印。 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | | 户籍地 | |  | | | |
| 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  | | 健康状况 | | | |  | |
| 学历学位 | 全日制教育 |  | 毕业院校  及专业 | | |  | | | | | |
| 在职教育 |  | 毕业院校  及专业 | | |  | | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | 专业技术职称 | | | |  | |
| 工作或学习单位及职务 |  | | | | | 是否在编 | | | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | 联系电话 | | | |  | |
| 报考单位 |  | | | | | | | | | | |
| 报考 岗位名称 |  | | | | 报考岗位编码 | |  | | | | |
| 个人简历  （从高中或中专写起） |  | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员及主要社会关系 |  | | | | | | | | | | |
| 诚信承诺 | 本人承诺以上填写的内容均真实有效，如与实际情况不符，后果自负。  本人签名：    年 月 日 | | | 资格审查  意 见 | | | | 审查人：  审查部门(盖章)    年 月 日 | | | | |

附件3