|  |
| --- |
| 夏县2024年医疗卫生公开招聘事业单位工作人员附件2报 名 表 |
| 报名序号 |  | 报考日期 |  |
| 报考单位 |  | 岗位代码 |  |  |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  |
| 身份证号 |  | 政治面貌 |  |
| 户籍所在地 |  | 联系电话 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 毕业时间 |  | 报到证号 |  |
| 资 格 证 |  | 技术职称 |  |
| 个人简历 |  |
| 本人承诺 | 我已仔细阅读《夏县2024年医疗卫生公开招聘事业单位工作人员公告》，清楚并理解其内容，在此，我郑重承诺。1、本人提供的个人信息、证明材料、证件等真实有效，符合报考条件，不存在《公告》中明确的不得报名的情形，否则按资格不合理办理，取消资格。2、如被聘用，服务期内（5年）不得报考其他招录、招聘考试及遴选，也不得通过借调、调动等方式离开工作岗位。对违反以上承诺所造成的后果，本人自愿承担相应责任。报名人签名： 年 月 日 |
| 资格初审人员意见 |  审查人员签名： 年 月 日 |
| 备 注 |  |
|  注：填写报名表，表明您已完全了解本次考试的相关规定及考试的报名流程 |