附件3

**天峨县2024年自主公开招聘医疗卫生机构工作人员**

**报名登记表**

报考单位： 报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 入党时间 |  | 近期同底免冠小2寸彩色照片 |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  | 婚否 |  |
| 籍贯 |  | 户口所在省(自治区)、市、县 |  | 身体状况 |  |
| 家庭住址 |  |
| 参加工作时间 |  | 工作单位 |  | 职务或职称 |  | 职称获得时间 |  |
| 学历学位 | 全日制教育学历 |  | 毕业学校及专业 |  |
| 在职教育学历 |  | 毕业学校及专业 |  |
| 有何特长 |  |
| 配偶姓名 |  | 工作单位、职务（职称） |    |
| 学习简历 |  |
| 工作简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭成员情况 | 姓名 | 与本人关系 | 现工作单位 | 职务 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 固定电话： | 手机： | E-mail： |
| 应聘者承诺 |  本人对填写、提交的信息材料真实性、准确性、合法性、有效性负责，如有虚假，本人愿承担一切后果并接受相关处理。签名： 年 月 日 |
| 招聘单位意见 | 审核人签字： 年 月 日 | 主管部门意见 | 审核人签字：年 月 日 |
| 填表说明 | 1.个人简历从高中（中专）开始填写，工作简历填写必须连续，有待业情况也必须填写。2.本表一式三份，一份送主管部门审核，一份由招聘单位留存，一份存入个人档案。 3.本表要求统一用A4纸复印。4.此表篇幅最多不超过两页，有两页的须双面打印 |