|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2： | | | | | | | | |
| 2020年度防城港市上思县基层医疗卫生事业单位  公开招聘专业技术人员报名登记表 | | | | | | | | |
| 报考单位：　　　 　报考岗位： | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生 年月 |  | 相片 |
| 籍贯 |  | 出生地 |  | 参加工作时间 |  | 何时入何党派 |  |
| 职称 |  | 执业 资格 |  | 健康 状况 |  | 身份证 号码 |  |
| 学历 学位 | 全日制 |  | | | 毕业院校及专业 | |  | |
| 在职教育 |  | | | 毕业院校及专业 | |  | |
| 档案所在单位 | |  | | | 现工作单位及 职务 | |  | |
| 现工作单位是否同意报考 （在编或签订合同、协议的单位） | | | |  | 固定电话及 移动电话号码 | |  | |
| 是否服从 组织分配 | |  | 联系地址 |  | | | | |
| 学 习 工 作 简 历 |  | | | | | | | |
| 主要 奖惩 情况 |  | | | | | | | |
| 主 要 家 庭 成 员 和 社 会 关 系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治 面貌 | 工作单位及职务 | | | |
|  |  |  |  |  | | | |
|  |  |  |  |  | | | |
|  |  |  |  |  | | | |
|  |  |  |  |  | | | |
|  |  |  |  |  | | | |
| 个人 意见 | 本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，与报考岗位条件一致，如有不实、弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。  签字： 年月日 | | | | | | | |
| 资格审查意见 | 审核人： 年月日 | | | | | | | |