附件2

2023年马山县公开考试招聘基层医疗卫生事业单位工作人员报名登记表

岗位代码：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 年龄 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 移动电话 |  | 固定电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 通讯地址 |  | 健康状况 |  |
| 机关事业单位在编人员入编时间 |  | 是否应届高校毕业生 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 专业技术资格（职称） |  | 职（执）业资格 |  |
| 参加工作时间 |  | 现工作单位 |  |
| 生源地（省、市、县） |  | 常驻户口所在地（省、市、县） |  |
| 人事档案存放单位 |  |
| 个人学习、工作经历（从高中开始至今， 不间断填写） |  |
| 家庭主要成员 |
| 姓名 | 称谓 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 本人符合报考岗位需要的其他条件 |  |
| 考生承诺 | 本人已仔细阅读招聘简章，理解其内容，符合报考条件。本人承诺报名信息和资格审查材料真实、准确、完整。如有不实，本人自愿承担相应责任。考生本人签字（手写）： 年 月 日 |
| 资格审查意见 | 初审意见（签字）： 复审意见（签字）： 年 月 日 年 月 日年 |

注：打印报名登记表一式三份并妥善保管，以备笔试、面试、体检等环节使用。