附件2

宁夏回族自治区体检康复保健中心

[2023年自主公开招聘事业编制工作人员报名表](https://jtt.nx.gov.cn/zfxxgk/zfxxgkml/rsgl/202012/P020201230530604487119.docx%22%20%5Co%20%22%E9%99%84%E4%BB%B62.docx)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 出生地 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 健康状况 |  | 婚姻状况 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 毕业证书编号 |  | 学位证书编号 |  |
| 身份证号码 |  | 户口所在地 | **（填写户口本上详细、具体地址）** |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 现工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 是否为机关事业单位在职在编人员 |  | 是否与原服务单位签署过服务协议未满服务年限 |  |
| 现有专业技术资格 |  | 现有资格取得时间 |  |
| 报考岗位名称 |  |
| 是否取得住院医师规范化培训合格证书 |  | 取得证书时间 |  |
| 个人简历 | **（从大学本科写起）** |
| 获得过何种专业证书，有何专长 |  |
| 家庭主要成员及工作单位和职务 | 称谓 | 姓名 | 出生日期 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 所受奖惩情况 |  |
| 其它需要说明的有关事项 |  |
| 其他联系手机号码 | 联系电话2： |  | 联系电话3： |  |
| 资格审核结果及意见 | 审核意见：审核单位（盖章）： 审核人签名： 年 月 日  |
|  请应聘者认真阅读《公告》、《岗位计划一览表》等内容后如实填写。应聘者隐瞒有关情况或者提供虚假材料的，由招聘主管部门依法依规取消应聘者的考试及聘用资格，所造成的一切损失由应聘者本人承担。本报名表表格部分电子填写、最后一行签名部分手写，填写好后，请和毕业证、学位证、户口本、身份证等相关证明资料原件均扫描成PDF电子版发报名邮箱。本报名表需双面打印在一页A4纸上。 |

本人确保所填内容的真实性、准确性，若确认无误。

 请手写签字姓名及日期**:**