**附件2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2023年上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心海南医院公开招聘员额制工作人员报名登记表** | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 出生年月 |  | 贴照片处  (一寸彩色  免冠照片) | | |
| 民族 |  | 籍贯 | |  | 政治面貌 |  |
| 专业 |  | 职称 | |  | 联系方式 |  |
| 身份证号码 |  | | | | E-mail |  |
| 第一学历 |  | 学位 | |  | 毕业院校 |  | 毕业时间 | |  |
| 第二学历 |  | 学位 | |  | 毕业院校 |  | 毕业时间 | |  |
| 现工作单位 |  | | | | 住址 |  | | | |
| 报考单位 |  | | | | 报考职位 |  | | | |
| 是否为定向、委培、在编人员 |  | | | | 是否为在编教师 |  | | | |
| 个人简历(从高中起填写） |  | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员 | 姓名 | | 与本人关系 | | 工作单位及职务 | | | 户籍所在地 | |
|  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | |
| 报考人  承 诺 | 本人符合报名条件的要求,所提供的各种相关资料和上述填写内容真实有效。如有不实，本人愿自动放弃本次报考资格，并承担由此引发的一切后果。  报名人签名： 2024年 月 日 | | | | | | | | |
| 资格审  查意见 | 审查人签名：　　　　　　　负责人签名：　　　　　 （盖 章）  2024年 月 日 | | | | | | | | |
| 说明：此表为一式两份，所有项目要求如实填写，字迹清楚；因填表不实或联系电话无法联系到本人而造成的一切后果，由填表人承担。 | | | | | | | | | |