|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2023年北海市海城区基层医疗卫生机构公开招聘工作人员报名登记表** | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月（ 岁） |  | 健康状况 |  | 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 |  | | 是否在职  在编人员 |  | 机关事业单位在编人员入编时间 |  | |
| 是否服务基层  年限已满 |  | 参加工作  时间 |  | 现工作单位 |  | | |
| 人事档案存放单位 |  | | 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 |  |
| 生源地（省、市、县） |  | | 常驻户口所在地（省、市、县） |  | 报考单位 |  | 报考 岗位 |  |
| 个人学习、工作经历（从高中开始至今，不间断填写） | 起止年月 | | 学校或工作单位 | | | | | 专业或职务/  是否全日制就读 |
|  | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |
| 家庭主要成员 | 姓名 | 与本人关系 | 单位 | | | | 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 | 审查人1（签字）： 审查人2（签字）： 年 月 日 | | | | | | | |

注：打印报名登记表一式三份并妥善保管，以备报考、面试、体检等环节使用。