附件2：

白沙黎族自治县医疗集团2023年考核招聘卫生专业技术人才报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 民族 | |  | | 出生年月 |  | | |  | |
| 籍 贯  （生源地） |  | 现户籍  所在地 | |  | | 婚否 | | | |  | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | | | | | |
| 专业技术职称 |  | | | | | | | | | 学历 | |  | | | |
| 毕业院校\专业 |  | | | | | | | | | 学位 | |  | | | |
| 现工作  单位 |  | | | | | 政治面貌 | | | |  | | 健康状况 | | |  |
| 报考岗位 |  | | | | | 联系电话 | | | |  | | | | | |
| 学  习  、  工  作  简  历 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 家  庭  成  员  情  况 | 姓名 | | 关系 | | 年龄 | | | | 所在单位及职务 | | | | 户籍所在地 | | |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | | |
| 应聘承诺 | 以上表格所填内容属实，如有虚假，招聘单位有权取消报考资格和解除聘用合同。  应聘者签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格审查  意 见 | 初审意见 | | | | | | 领导小组意见 | | | | | | | | |
| 审查者签名：  年 月 日 | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | | | | |