附件2：

**2023年四会市人民医院公开招聘医疗卫生人才报名表**

**报考单位：** **报考岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 贴相片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 现户籍地 |  省 市（县） | 婚姻状况 |  |
| 身份证号码 |  | 手机号码 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 学历及学位 |  |
| 外语水平 |  | 计算机水平 |  |
| 工作单位 |  |
| 单位性质 |  | 是否国有单位正式员工 |  |
| 裸视视力 |  | 矫正视力 |  | 身 高 |  |
| 专业技术资格 |  | 职业资格 |  | 执业资格 |  |
| 学习、工作经历（何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从中学开始，按时间先后顺序填写） |  |
| 家 庭成 员及 主要 社会 关系 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 有 何特 长及 突出 业绩 |  |
| 奖 惩情 况 |  |
| 本 人承 诺 | 1、上述资料属实，并与提交的资料一致。如有作假或不符，同意取消考试资格。 2、本人与报名前原单位签订的劳动或聘用合同涉及的有关法律责任由本人全部承担。 承诺人签名： 承诺日期： 年 月 日 |
| 单 位审 核意 见 | **经审核，符合报考条件，同意报考。**审核人签名： 审核日期： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

**说明：1、此表须由考生本人用蓝黑色钢笔填写，字迹要清楚。**

**2、此表须如实填写，经审核发现与事实不符的，视为提供不实报考信息，取消考试资格。**