**附件2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **三亚口腔医学中心考核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。 | | | | | | | | | |