**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。 |