附件2

**惠州市第一人民医院2024年公开招聘工作人员报名表**

报考单位：惠州市第一人民医院 报考职位代码及专业：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | （照片） |
| 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 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | 电子邮箱 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 学历及学位 |  |
| 专业方向 |  | 导师姓名 |  |
| 外语水平 |  | 计算机水平 |  |
| 工作单位 |  | 单位性质 |  |
| 裸视视力 |  | 矫正视力 |  | 身高 |  |
| 专业技术资格 |  | 职业资格 |  | 执业资格 |  |
| 基层工作情况及考核结果 |  |
| 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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 备注：与医院职工有夫妻关系、直系血亲、三代内旁系血亲和近姻亲关系务必填入以上表格。如有隐瞒情况，应聘者自行承担相应责任 |
| 有 何特 长及突出业绩 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 报名人员承诺 | 本人承诺以上材料属实，如有不实之处，愿意承担相应责任。报名人签名： 日期： 年 月 日 |
| 审查人员承诺 | 本人已认真审查本报名表，并根据招考公告和职位要求对报考人员进行审查，愿意对上述审查意见负责。审查人员签名： 日期： 年 月 日 |
| 用 人单 位审 查意 见 | 1701394165496 |
| 备 注 |  |

说明：凡应由个人填写部分有缺项漏项或内容不实者，不予受理，责任自负。