**附件一：**

**嵩明县第二人民医院2024年公开招聘编制外**

**专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |                    | 性 别 |                    | 出生年 月 |                    | 照 片 |
| 民 族 |                  | 籍 贯 |                     | 政治面 貌 |                     |
| 身份证号 |     |
| 学历/学位 | 全日制教育 |                     | 毕业院校及专业 |                                        |
| 在职教育 |                     | 毕业院校及专业 |                     |
| 现从事专业/工作单位 |                     | 联系电话（手机） |                     |
| 现专业技术资格/职称 |                     | 专业技术资格取得时间 |                     |
| 教育经历（从初中填起） |                    、 |
| 工作经历 |        |
| 承 诺 书 | 上述填写内容和提供的相关证件、证明材料真实可靠，符合报名条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。因个人信息填写错误、缺失，提供的审核材料不完整、不符合报考条件等造成的后果，由本人承担。单位可自报名资格审核至聘用期间取消应聘或聘用资格。                         承诺人：                             年  月  日 |
| 资格审查结果 |   资格审查人签字：                            年  月  日 |