附件2

巴中市妇幼保健院2024年下半年公开招聘专业技术人员（员额）报名信息表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 身 高 | 　 | 近期小2寸 照片2张 |
| 出 生年 月 | 　 | 民 族 | 　 | 籍 贯 | 　 |
| 现 户籍 地 | 　 | 政 治面 貌 | 　 |
| 人事档案保管单位 | 　 | 婚 姻状 况 | 　 |
| 身 份证 号 | 　 | 报考岗位编码 |  |
| 学历 （学位） | 全日制教 育 | 　 | 毕业时间 | 　 | 毕业专业 | 　 |
| 毕业院校 | 　 |
| 在职教育 | 　 | 毕业时间 | 　 | 毕业专业 | 　 |
| 毕业院校 | 　 |
| 通 讯地 址 | 　 | 手机号码 | 　 |
| 取得资格名称 | 　 | 取得时间 | 　 |
| 专业学习工作经历 | 起止时间 | 学习或工作单位 | 科室及从事工作 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 家庭主要成员情况 | 关 系 | 姓 名 | 年 龄 | 工作单位及职务 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 应聘人员签名 |  **本人确认自已符合拟报考岗位所需的资格条件，所提供的材料真实、有效，如经审查不符，承诺自动放弃考试和聘用资格。** | 资格初审意见 | 人 事 | 　 |
| 纪 检 | 　 |
| 应聘人签字 | 　 |
| 确认日期：2024年 月 日 | 审核日期：2024年 月 日 |
| 填表说明： | 请仔细阅读，认真填写，涂改无效。 |