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。 | | | | | | | | | | | | | |