附件2

2024年中江县医疗卫生单位公开考核招聘工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | | | 出生  年月 | |  | 照片 | |
| 民族 |  | 政治  面貌 |  | | | | 学历  类别 | |  |
| 学历层次 |  | 学位 |  | | | | 毕业  时间 | |  |
| 毕业  院校 |  | | | | | | | | 移动电话 |  | |
| 专业 |  | | | | | | | | 固定电话 |  | |
| 公民身份证号码 |  | | | | | | | | | | |
| 户籍地 | 省(区、市) 市(地、州) 县(市、区) | | | | | | | | | | |
| 家庭  地址 |  | | | | | 邮政  编码 | |  | | | |
| 报考岗位编码 |  | | | | | 招聘  单位 | |  | | | |
| 个人  简历  (始于  高中) |  | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | | | |
| 获得过何种证书、有何特长 |  | | | | | | | | | | |
| 家  庭  成  员  情  况 | 姓名 | | | 与本人关系 | 工作单位 | | | | | | 职务 |
|  | | |  |  | | | | | |  |
|  | | |  |  | | | | | |  |
|  | | |  |  | | | | | |  |
|  | | |  |  | | | | | |  |
|  | | |  |  | | | | | |  |
|  | | |  |  | | | | | |  |
| 个人承诺 | 我已阅读招聘公告，本人对报考人员证明义务、回避制度和报考条件已充分知晓，在此本人郑重承诺:本人符合全部招聘条件，填报和提交的所有信息、证件材料均为真实有效、准确完整、对应一致、国家认可，愿意承担虚假承诺的责任，并接受相应处理。  承诺人（签字并按手印）： | | | | | | | | | | |
| 资格审查意见 | 审查人： 年 月 日 | | | | | | | | | | |

**说明：**1.报考者须认真阅读说明后如实填写。报考者隐瞒有关情况或者提供虚假材料的，主管机关有权取消其资格，所造成的一切后果由报考者本人承担。

2.“学历类别”指普通高等学校、成人高等教育、高等教育自学考试等。

3.本表一式一份，双面印制。