**附件2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2024年庄河市妇幼保健计划生育服务中心 公开招聘合同制卫生专业技术人员登记表** | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  |  |  |  | | | 报名序号： | |
| 姓名 |  | | | | | 身份证号 |  | | | | | 上传近期小二寸  免冠彩色照片 |
| 性别 |  | 民族 | |  | | 出生日期 |  | | 政治面貌 |  | |
| 户口所在地 |  | | | | | 学历 |  | | 学位 |  | |
| 毕业院校 |  | | | | | 所学专业 （方向） |  | |  | 毕业时间 | |  |
| 专业技术 职称 |  | | | | | | 报考岗位 | |  | | | |
| 现工作单位 |  | | | | | | 联系方式 | |  | | | |
| 工 作 经 历 |  | | | | | | | | | | | |
| 诚 信 承 诺 | 本人保证以上填写的内容真实有效，如有虚假，本人承担一切后果。  考生本人签名：  年 月 日 | | | | | | 资 格 审 查 领 导 小 组 意 见 | 审查人 ：  单位盖章   年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | |