附件2：

2024年铁西路社区卫生服务中心报名登记表

 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 2寸彩色免冠照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业学校 |  | 所学专业 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 毕业时间 |  | 身份证号 |  |
| 报考岗位 |  |  |  |
| 第一学历毕业院校、专业、毕业时间 |  | 最高学历毕业院校、专业、毕业时间 |  |
| 取得资格证书名称及时间 |  |
| 是否有不得报考的情形 | 有（） 无（） |
| 联系电话 |  | 备用电话 |  |
| 主要简历（从上高中填起，至今工作情况填写完整） |  |
| 资格审查意见 | 审查人姓名： |