附件2

红河州智慧医疗投资有限责任公司

2024年社会公开招聘报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | 　 | **性 别** | 　 | **民 族** | 　 | **（请贴相片）** |
| **出生年月** | 　 | **参加工作时间** | 　 | **政治****面貌** | 　 |
| **籍 贯** | 　 | **出生****地点** | 　 | **户口所在地** | 　 |
| **婚姻状况** | 　 | **家庭住址** | 　 |
| **专业技术职称/职业资格** | 　 |
| **身份证****号 码** |  | **联系电话及电子邮箱** |  |
| **报名岗位****名称** |  |
| **学历学位** | **全日制****教育** | **学 历** |  | **毕业院校及专业** | **院校、专业** |  |
| **学 位** |  | **院校类别** | **三本（ ） 二本（ ）一本（ ） 211（ ）985（ ）** |
| **在职教育** | **学 历** |  | **毕业院校及专业** | **院校、专业** |  |
| **学 位** |  | **院校类别** | **三本（ ） 二本（ ）一本（ ） 211（ ）985（ ）** |
| **家庭主要成员** | **称谓** | **姓名** | **民族** | **政治面貌** | **出生****年月** | **工作单位及职务（或家庭住址）** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **教育经历** | **起止时间、学校（大学起）专业** |
|  |
|  |
|  |
| **工作经历** | **起止时间、工作单位、何种职务** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **主要工作业绩** |  |
| **奖****惩****情****况** |  |
| **报名人员****承诺** | **本人保证以上所填写内容以及所提交的证明文件全部属实，愿意接受公司对我的资格审查。如有弄虚作假，一切后果自行负责。**  **报名人签名：（手写签名后扫描） 年 月 日**  |
|
|
|
|
| **特别提示** | **1.单位对此应聘资料严格保密，未被录用者资料恕不退还。****2.A4双面打印，原则上不增减行列。** |