附件2

石城县卫生健康总医院妇幼保健院分院编外人员公开招聘报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （贴照片处） |
| 户籍所在地 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号码 |  |
| 执业资格 |  | 执业资格取得时间 |  |
| 毕业院校、学历及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 原工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 报考单位及职位 |  | 既往病史 |  |
| 个人简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 承诺 | 本人郑重承诺此表所填内容全部真实，如有隐瞒或提供虚假信息，个人承诺，愿意承担所有责任。本人签名： |
| 资格审查意见 |  与招聘条件相符。 审查人签名： |