附件2

**惠州市第一人民医院2024年公开招聘工作人员报名表**

报考单位：惠州市第一人民医院 报考职位代码及专业：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 | |  | | 民 族 |  | | （照片） |
| 出生年月 | |  | | 籍贯 | |  | | 政治面貌 |  | |
| 现户籍地 | | 省 市（县） | | | | | | 婚姻状况 |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | 联系电话 |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | 电子邮箱 |  | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | 毕业时间 |  | | |
| 所学专业 | |  | | | | | | 学历及学位 |  | | |
| 专业方向 | |  | | | | | | 导师姓名 |  | | |
| 外语水平 | |  | | | | | | 计算机水平 |  | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | 单位性质 |  | | |
| 裸视视力 | |  | | | 矫正视力 | | |  | 身高 | |  |
| 专业技术资格 | |  | | | 职业资格 | | |  | 执业资格 | |  |
| 基层工作情况及考核结果 | |  | | | | | | | | | |
| 学习、工作经历  （何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从中学开始，按时间先后顺序填写） | |  | | | | | | | | | |
| 家 庭成 员及 主要 社会 关系 | 姓 名 | | 与本人关系 | | | | 工作单位及职务 | | | 户籍所在地 | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | |
| 备注：与医院职工有夫妻关系、直系血亲、三代内旁系血亲和近姻亲关系务必填入以上表格。如有隐瞒情况，应聘者自行承担相应责任。 | | | | | | | | | | | | |
| 有 何特 长及突出业绩 |  | | | | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 报名人员承诺 | 本人承诺以上材料属实，如有不实之处，愿意承担相应责任。  报名人签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 审查人员承诺 | 本人已认真审查本报名表，并根据招考公告和职位要求对报考人员进行审查，愿意对上述审查意见负责。  审查人员签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 用 人单 位审 查意 见 | 1701394165496 | | | | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | | | |

说明：凡应由个人填写部分有缺项漏项或内容不实者，不予受理，责任自负。