**围场满族蒙古族自治县妇幼保健院**

**2024年公开选聘专业技术人员考试报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | **性 别** | |  | | | **出 生**  **年 月** | |  | | | **（近期蓝底免冠小二寸**  **照片）** |
| **民 族** | |  | **籍 贯** | |  | | | **户籍所**  **在 地** | |  | | |
| **政治面貌** | |  | **学历** | |  | | | **婚 姻**  **状 况** | |  | | |
| **专业技术**  **职 称** | |  | | **执 业**  **资 质** | |  | | | **执 业**  **范 围** | | |  | |
| **毕业院校**  **及 专 业** | |  | | | | | | | | | | | |
| **身份证号** | |  | | | | | **联系电话** | | | |  | | |
| **学**  **习**  **经**  **历** |  | | | | | | | | | | | | |
| **工**  **作**  **简**  **历** |  | | | | | | | | | | | | |
| 本人已详细阅读公开选聘实施方案及选聘岗位的有关要求。本人保证所填写信息及提供相关材料均真实、准确，如因个人原因出现填写不实或不符合选聘条件及选聘岗位要求而被取消选聘资格的，由本人承担全部责任。  **本人签名：**  **日期**： **年** **月** **日** | | | | | | | | | | | | | |

**注：**1、相关材料复印件附后