|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 安康市妇幼保健院公开招聘报名表 | | | | | | | | | | | | | | |
| 报考单位： 报考岗位： | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | |  | | | 性别 |  | | 民族 | |  | | 照片粘贴处 | |
| 出生年月 | | |  | | | 政治面貌 |  | | 学历 | |  | |
| 身份证号 | | |  | | | | | | 学位 | |  | |
| 从事专业 | | |  | | | | | | 身体 状况 | |  | |
| 职称及取得时间 | | |  | | 联系电话 | | |  | | | | |
| 学习经历 | 学历 | | 毕业院校 | | | | | | | 所学专业 | | | 起止时间 | |
| 本科 | |  | | | | | | |  | | |  | |
| 硕士 | |  | | | | | | |  | | |  | |
| 博士 | |  | | | | | | |  | | |  | |
| 工作简历 | 起止时间 | | | | | | 工作单位 | | | | | | 职称（职务） | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | |
| 获得荣誉及岗位需要的其他资格情况 | 取得时间 | | | | | 名称 | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
| 家庭成员 及主要 社会关系 | 称谓 | | | 姓名 | | | 政治  面貌 | | 年龄 | | 工作单位及职务 | | | |
|  | | |  | | |  | |  | |  | | | |
|  | | |  | | |  | |  | |  | | | |
|  | | |  | | |  | |  | |  | | | |
| 疫情防控 | | 健康码、行程码是否为绿色 | | | | | | | | | |  | |
| 本人承诺 | | 本人保证《报名表》所填写的各项信息以及提供的证件、材料均真实有效，没有不符合报考条件的情形，如有违纪或弄虚作假，取消本人聘用资格。  本人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 招聘单位 审核意见 | | 审核人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |