附件2：

湖北省恩施市卫生健康局基层医疗机构2023年公开招聘合同制人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性别 |  | | 民 族 | | |  | | 照 片 |
| 出生年月 |  | | | 政治  面貌 |  | | 是否2023年应届生 | | |  | |
| 毕业学校 |  | | | | | | 毕业时间 | | |  | |
| 学 历 |  | | | | 学 位 | |  | | | | |
| 所学专业 |  | | | | | | 有无执业资格证 | | | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | 手 机 | | |  |
| 家庭地址 |  | | | | | | | | 电子邮箱 | | |  |
| 身份证号 |  | | | | | | | | 应聘岗位 | | |  |
| 何时取得  何种职（执、从）业资格，能力水平证书 | |  | | | | | | | | | | |
| 个人简历  （从高中写起） |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要  成员 | 姓名 | | 关系 | | | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | |
| 诚信承诺 | 本人郑重承诺：此表我已完整填写，所填个人信息均属实，所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如信息填写不完整或有不实之处，出现所有后果由本人承担。  本人签名（手写）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 报考资格审查意见 | 经审查：□符合应聘资格条件。  □不符合应聘资格条件。  审查人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |