|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2：**  **三亚市妇幼保健院公开招聘报名登记表** | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | | 贴照片处  (彩色近照) |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  | |
| 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  | |
| 职称 |  | 专业 |  | 健康状况 |  | |
| 毕业院校 |  | | | 报考职位 |  | | |
| 现工作单位 |  | | | 参加工作时间 |  | | |
| 身份证号码 |  | | | 联系方式 | 手机： |  | |
| 住址 |  | | | 固定电话： |  | |
| E-mail: |  | |
| 个人简历(从大学填起） |  | | | | | | |
| 所受奖惩  情况 |  | | | | | | |
| 获取的证书及特长 |  | | | | | | |
| 报考人  承 诺 | 本人符合报名条件的要求,所提供的各种相关资料和上述填写内容真实有效。如有不实，本人自愿放弃本次聘用资格，并承担由此引发的一切后果。  报名人签名： 2020年 月 日 | | | | | | |
| 资格审  查意见 | 审查人签名：　　　　　　　负责人签名：　　　　　 （盖 章）  2020年 月 日 | | | | | | |
| 说明：所有项目要求如实填写，字迹清楚；因填表不实或联系电话无法联系到本人而造成的一切后果，由填表人承担。 | | | | | | | |