|  |
| --- |
| 附件2：2024年建平县公立医院公开招聘研究生报名表报名序号： 报名时间： |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  | 正面彩色免冠二寸照片 |
| 身份证号 |  | 政治面貌 |  |
| 研究生学历学位 |  | 所学专业 |  |
| 研究生毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 本科阶段所学专业 |  | 现专业技术职务资格名称及取得时间 |  |
| 本人住址 |  | 联系电话 |  |
| 学习及工作经历 （高中起点） |  |
| 家庭成员 及主要社会关系 | 与本人关系 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 诚信承诺  | **本人保证以上填写的内容及提供的报名材料真实有效，否则后果自负。** 报名人员签字：  年 月 日 | 审核意见、审核人签字（盖章）：   年 月 日 |
| 注：1、表内除本人签字以外，其他所有信息均在计算机上填写并打印 ；  |
|  2、表格所列内容要填写齐全、实事求是；  |
|  3、请合理安排空间，保持表格样式基本不变，不得串页，用A4纸打印或复印。 |