|  |
| --- |
| 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 |