附件2

运城市直3所公立医院2025年公开招聘报名登记表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 招聘单位 |  | 一寸白底彩色照片（不得使用修图软件） |
| 招聘岗位 |  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 身份证号 |  | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | 婚姻状况 |  |
| 政治面貌 |  | 是否2025年应届毕业 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 规培专业（类别） |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 现工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 执业资格 |  | 专业技术职称 |  |
| 户籍所在地 |  | 档案存放地点 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 通信地址 |  |
| 学习工作经历（从高中填起） |  |
| 主要家庭成员（直系亲属） | 姓 名 | 关系 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
| 个人承诺 | 本人承诺所填写的信息均真实有效，符合招聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假而导致被取消聘用资格等一切后果均由本人承担。在招聘期间本人将保持电话畅通，及时关注公告信息，本人通信地址、电话、邮箱等如有变更，将在1日内告知招聘单位。报名人签名（按手印）： 报名时间： 年 月 日 |
| 以下由招聘单位填写 |
| 资格审查意见 | 审查人签字： 审查时间： 年 月 日 |

备注：此表在电脑上填写、插入电子照片后正反彩色打印，并在个人承诺处签名按手印。