附件2：红安县卫健系统公开招聘事业单位工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 贴照片处（1寸） |
| 出生年月 |  | 政 治面 貌 |  | 应 届 或社会在职 |  |
| 工作单位 |  | 参 加工作时间 |  |
| 报考学历 |  | 毕业院校 |  |
| 毕业时间 |  | 专业 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话1 |  |
| 家庭地址 |  | 联系电话2 |  |
| 报考单位 |  |
| 报考岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 个人简历 | （填写高中起学习、工作简历） |
| 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，产生的所有后果由本人承担。签名： 年 月 日 |
| 报考资格审查意见 | 初审：□符合应聘资格条件。□不符合应聘资格条件。审 查 人：年 月 日 | 复审：□符合应聘资格条件。□不符合应聘资格条件。审 查 人： 年 月 日 日 |
| 备 注 |  |