附件2

日照市中心医院2020年度急需紧缺卫生专业技术人员招聘报名登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 近期1寸免冠彩色照片 |
| 民 族 |  | 户口所在地 |  |
| 政治面貌 |  | 出生年月 |  |
| 学 历 |  | 所学专业 |  |
| 学 位 |  | 身份证号 |  |
| 毕业院校 |  | 工作单位及职务 |  |
| 联系电话 |  | 从事所学专业工作年限 |  |
| 专业资质1 | 证书名称： | 专业资质2 | 证书名称： |
| 编号： | 编号： |
| 报考招聘岗位 |  |
| 个人学习工作简历 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 |  |
| 考 生诚 信承 诺 | 我已仔细阅读《日照市中心医院2020年度急需紧缺卫生专业技术人员招聘简章》的有关规定要求，理解其内容，符合报考条件。我郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明材料、证件等真实、准确，并自觉遵守招聘的各项规定，诚实守信，严守纪律，认真履行报考人员的义务。对因提供有关信息证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应的责任。考生签名： 时间： 年 月 日 |

审 核 人： 、 时间： 年 月 日