|  |
| --- |
| **2020年度防城港市防城区基层医疗卫生****事业单位公开招聘专业技术人员报名登记表** |
| 报考单位：　 报考岗位： |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 籍贯 |  | 出生地 |  | 参加工作时间 |  | 何时入何党派 |  |
| 职称 |  | 执业资格 |  | 健康状况 |  | 身份证号码 |  |
| 学历学位 | 全日制 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 档案所在单位 |  | 现工作单位及职务 |  |
| 现工作单位是否同意报考（在编或签订合同、协议的单位） |  | 固定电话及移动电话号码 |  |
| 是否服从组织分配 |  | 联系地址 |  |
| 学习工作简历 |  |
| 主要奖惩情况 |  |
| 主要家庭成员和社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 个人意见 | 本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，与报考岗位条件一致，如有不实、弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。 签 字： 年 月 日 |
| 资格审查意见 | 审核人： 年 月 日 |