附件2：

**昌邑市2020年卫健系统所属事业单位公开招聘工作人员** 报名登记表

 **填表时间：2020年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生****年月** |  | 照 片 |
| **毕业学校** |  | **所学专业** |  |
| **学历** |  | **学位** |  | **学制** |  |
| **毕业时间** |  | **婚姻****状况** |  | **身高** |  |
| **籍贯** |  | **家庭住址** |  |
| **身份证号码** |  | **手机** |  |
| **报考岗位** |  | **执业证件及执业范围** |  |
| **学习（工作）经历** |  |
| **报考资格****审查意见** | 身份证（ ） 毕业证（ ） 学位证（ ）执业证（ ） 资格证（ ） 规培证（ ） 审查人签字： |
| **诚信承诺** | 我已仔细阅读《**昌邑市2020年卫健系统所属事业单位公开招聘工作人员**简章》，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、证明资料，证件等真实、准确，并自觉遵守公开招聘的各项规定，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。  报考人员签名：  2020年 月 日 |