附件2

天津市保健事务中心报名人员登记表

报名岗位： 岗位调剂（是/否）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 近期免冠  一寸照片 |
| 出 生  年 月 |  | 籍 贯 |  | 文化程度 |  |
| 政 治  面 貌 |  | 加 入  时 间 |  | 学 位 |  |
| 职称资  格名称 |  | 资格取  得时间 |  | 职称聘  任时间 |  |
| 身 份 证  号 码 |  | 户 籍  所在地 |  | 婚姻状况 | |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  | 参加工作  时 间 | |  |
| 家 庭  通信地址 |  | | | 联系电话 | |  |
| 电子邮箱 |  | | | | | |
| 学习经历  （高中以上） | （xx年x月－xx年x月 XXXXXX学校XX专业 学历） | | | | | |
| 工作经历 | （xx年x月－xx年x月 XXXXXX单位XX科 职称职务  每变换一次科室、职称或职务均另起一行） | | | | | |
| 家庭  主要  成员 | （与本人关系 姓名 工作单位及职务 政治面貌 联系电话） | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | |
| 专业  特长 |  | | | | | |
| 需要说明  的 问 题 |  | | | | | |
| 我保证上述表格中所填内容信息真实有效。如有虚假，自愿取消聘用资格，并承担一切责任。  申请人签名：    年 月 日 | | | | | | |
| 单位  意见 | （单位党组织公章）  年 月 日 | | | | | |