附件2

宜宾市第三人民医院2024年员额制医疗卫生专技人员考核报名表

（此表请双面打印）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性 别 | |  | | | 出 生  年 月 | | | |  | | | 照 片 |
| 民族 |  | | | 籍 贯 | |  | | | 出生地 | | | |  | | |
| 政治  面貌 |  | | | 身份证  号 码 | |  | | | | | | | | | |
| 学历、学位  及教育形式 | | | |  | | | | 取得何种类别  资格证 | | | | | |  | | |
| 毕业院校及  专业 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 现工作单位  及岗位名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 通信地址  及邮编 | | | |  | | | | | | | | 联系  电话 | | |  | |
| 报考岗位名称 | | | |  | | | | | | | | 岗位  代码 | | |  | |
| 个  人  简  历 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员  及主  要社  会关  系 | | 称 谓 | 姓 名 | | 出生年月 | | 政治面貌 | | | | 工作单位及职务 | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | |  | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | |  | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | |  | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | |  | | | | | |
| 考  生  承  诺 | | **本人郑重承诺：**  **我已认真阅读本次考核公告，理解其内容，认为符合报考岗位资格条件。我报名所填信息真实、可靠，所提供证书、证件、证明等报名材料真实有效。**  **综合考核时凭本人考核通知单和正式有效居民身份证原件参加考核，自觉遵守考场纪律和考试规则。**  **以上承诺如有违反，本人愿承担一切后果并自愿接受有关部门处理。**    考生本人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 报  名  资  格  审  查 | | 初审意见：  相关证书、证件原件已验，符合报考条件。  签名：  年 月 日 | | | | | | | | 复审意见：  相关证书、证件原件已验，符合报考条件。  签名：  年 月 日 | | | | | | |

请在现场资格审查通过后，将报名表和全部材料交报名处，资料不能带走，否则责任自负！