附件**2**

**郓城县人民医院2024年第二批青年人才引进报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 | |  | | 出生年月 | |  | | | 照片 | |
| 籍 贯 | |  | | | 民 族 | |  | | 政治面貌 | |  | | |
| 身份证号码 | | | |  | | | | | 健康状况 | |  | | |
| 报考岗位 | |  | | | 执业情况 | | |  | | 婚姻状况 | | |  |
| 学历学位 | 学历 | | | 毕业时间 | | 毕业院校 | | | | | | 专业 | | | 学位名称  （如：医学学士） |
| 本科 | | |  | |  | | | | | |  | | |  |
| 研究生 | | |  | |  | | | | | |  | | |  |
| 通讯地址 | | | |  | | | | | 联系方式 | | | |  | | |
| 邮箱 | | | |  | | | | | 备用联系方式 | | | |  | | |
| 学习  工作简历 | | | （请从高中阶段起填写起止时间、学习或工作单位） | | | | | | | | | | | | |
| 个人荣誉 | | | （请填写本人所获综合性的个人荣誉） | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员 | | | （请填写家庭主要成员的姓名、与本人关系、出生年月、工作单位及职务等） | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | | | 审核人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

本人郑重承诺：本人已熟知招聘公告的内容及应聘岗位的条件要求，以上所提供的个人信息、证件等真实准确，对因提供有关信息证件不实造成的后果，责任自负。

本人签名： 填报日期： 年 月 日