附件2

**广饶县妇幼保健院2024年公开招聘见习人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | | 上传或粘贴  彩色一寸免冠照片 |
| 出生  年月 |  | 身高/cm |  | 体重/Kg |  | |
| 政治  面貌 |  | 现从事专业 |  | 现户口所在地 |  | |
| 学历  学位 | 全日制  教育 |  | | | 毕业院校  及专业 |  | |
| 在职  教育 |  | | | 毕业院校  及专业 |  | |
| 身份证号 | |  | | | | 手机号码 |  |
| 个人  主要  简历  （从专科开始填写） |  | | | | | | |
| 档案存放单位 |  | | | | | | |
| **本人承诺：以上所填内容属实。**  **签名：** | | | | | | | |