**附件2**

**2024**年齐河县卫健系统引进优秀青年人才

报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | | 出生年月  （ 岁） |  | 照 片 | |
| 民 族 | |  | 籍 贯 |  | | 出生地 |  |
| 政 治 面 貌 | |  | 参加工作时间 |  | | 健康状况 |  |
| 专 业技 术职 务 | |  | | 有何特长 | |  | |
| 学历  学位 | | 第一学历及学位 |  | 毕业时间 | |  | 毕业院校  及专业 |  | |
| 最高学历及学位 |  | 毕业时间 | |  | 毕业院校  及专业 |  | |
| 现工作单位及职务 | | |  | | | | 任现职时间 |  | |
| 联系电话 | | |  | | 身份证号码 | |  | | |
| 报名单位及岗位 | | |  | | | | | 岗位代码 |  |
| 学习和工作简历 |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 奖惩  情况 |  | | | |
| 家庭主要  成员  及  重要社会关系 | 姓 名 | 关 系 | 所在单位及职务 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 应聘人员诚信  承诺 | 本人承诺：以上填写的内容真实、准确。本人符合本次公开招聘的报名范围、资格条件和职位要求。如存在信息不实或隐瞒有关信息的情况，责任自负。  本人签名：  年 月 日 | | | |
| 资格审查意见 | 审查人签字：  年 月 日 | | | |
| 备注 |  | | | |