

附件 2:

## 鹤壁市妇幼保健院 2024 年公开招聘聘用制人员报名表

姓名		性别		出生年月 ( 岁)		1 寸免冠照片
民族		籍贯		出生地		
入党 时间		参加工 作时间		健康 状况		
准考 证号			报 考 岗 位			
联 系 电 话			身 份 证 号			
工作单位及职务 (职称)						
学历 学位	全日 制 教 育			毕业院校系 及专业		
	在 职 教 育			毕业院校系 及专业		
简 历						

基层工作经历					
家庭主要成员及重要社会关系	称谓	姓名	出生年月	政治面貌	工作单位及职务（职称）
奖惩					
个人人事档案存放或管理单位			家庭主要成员及重要社会关系被司法机关追究刑事责任情况		
本人承诺	<p>本登记表所填写的信息准确无误，所提交的证件、材料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。</p> <p>考生（签名、手写）：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				
资格审查意见	<p style="text-align: center;">审查人：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				

注：1. “报考职位”栏填写所报考职位及代码；2. “基层工作经历”栏填写在基层工作的经历，起止时间精确到月；3. “奖惩”栏填写本人获得过的市级以上荣誉，所受刑事处罚、党纪政纪处分等情况，没有填写“无”；4. A4纸正反打印，一式2份。