附件2

渝北区2020年第四季度考核招聘卫生健康事业单位

工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  | 报考岗位及等级 |  | 照  片 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 籍 贯 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 专业技术职称 |  | 执业资格 |  | 联系电话 |  |
| 现工作单位(是否在编) |  | | | | |
| 学历学位 | 毕业时间 | 毕业学校 | | | | 所学专业 |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
| 学  习  工  作  简  历 |  | | | | | |
| 诚  信  承  诺 | 本人承诺：符合报考岗位所要求的资格条件并对所填报信息及提交资料的真实性、有效性负责，如有虚假，则取消报考资格。  承诺人： | | | | | |
| 审  查  意  见 | 审查人：  年 月 日 | | | | | |

备注：1.请报考人员将本人具备的报考岗位要求的条件情况全部反映在此表内；

2.学历必须注明“普通高校全日制”或“海外学历”。