|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2：**  **上海儿童医学中心三亚市妇女儿童医院三亚市妇幼保健院**  **2023年招聘工作人员报名登记表** | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | | 出生年月 | |  | | | 贴照片处  (1寸彩色  近照) |
| 民族 |  | | 籍贯 |  | | | 政治面貌 | |  | | |
| 职称 |  | | 专业 |  | | | 报考岗位 | |  | | |
| 第一学历 |  | | 学位 |  | | | 毕业时间及院校 | |  | | | |
| 最高学历 |  | | 学位 |  | | | 毕业时间及院校 | |  | | | |
| 是否在编 |  | | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | 联系方式 | | 手机： | |  | |
| 现工作单位 |  | | | | | | 固定电话： | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | | E-mail: | |  | |
| 规培证书 | | □ 有 □ 无 | | | | 规培专业 | |  | | | | |
| 规培单位 | |  | | | | 起止时间 | |  | | | | |
| 个人简历 |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员 | 姓名 | | 与本人关系 | | 工作单位及职务 | | | | | 户籍所在地 | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | |
| 报考人  承 诺 | 本人符合报名条件的要求,所提供的各种相关资料和上述填写内容真实有效。如有不实，本人愿自动放弃本次报考资格，并承担由此引发的一切后果。  报名人签名： 2023年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 说明：所有项目要求如实填写，字迹清楚；因填表不实或联系电话无法联系到本人而造成的一切后果，由填表人承担。 | | | | | | | | | | | | |