**附件2： 海南西部中心医院**

**考核招聘编内专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 二寸彩色同底照片 |
| 户籍 |  | 政治面貌 |  | 学历 |  |
| 学位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  | 资格证书 类 别 |  |
| 证书编号 |  |
| 参加工作时 间 |  | 工作单位及职务 |  | 婚姻状况 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 个人简历 |  |
| 资格审查 | 审查意见 | 招聘领导小组复审意见 |
| （审查人签名）年 月 日 | （盖章） 年 月 日 |
| 报考人承 诺 |  本报名表所填写的信息准确无误，所交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假而产生的一切后果，由本人承担。  报名人签名： 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。