**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。