**附件2**

**州妇幼保健计划生育服务中心2019年专项公开招聘事业单位人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | | 出生年月 | | | |  | | | 贴本人1寸  免冠近照 |
| 政治面貌 |  | 民 族 |  | | | 籍贯 | | | |  | | |
| 毕业院校 |  | | | | | 毕业时间 | | | |  | | |
| 所学专业 |  | | 学历 | | | |  | | | | | |  |
| 学位 |  | | 学历类型 | | | |  | | | | | |
| 身份证号 | | |  | | | | | | | | | | |
| 住院医师规范化培训参训单位 | | |  | | | | | | | | | | |
| 住院医师规范化培训时间 | | |  | | | | | | | | | | |
| 是否建档立卡贫困家庭人员 | | |  | | | | | 婚姻状况 | | |  | | |
| 报考岗位 |  | | | | | | | | | | | | |
| 何时获何专业技术职务任职资格 | | | |  | | | | | | | | | |
| 现工作单位及岗位 | | | |  | | | | | | | | | |
| 通信  地址 |  | | | | 联系方式 | | | | 电话 | | |  | |
| 邮箱 | | |  | |
| 个人简历（（从高中或技校、中专阶段填起） |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学术/社会 兼职情况 |  | | |
| 奖惩情况 |  | | |
| 家 庭 主要成员 | 称 谓 | 姓 名 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 个人承诺 | | | |
| **本人保证以上信息真实！若有虚假或不能按期获得结业证书，单位有权不予聘用。**  **签名：** | | | |
| 资格审查意见 | 年 月 日 | | |
| 备注 |  | | |