附件2

重庆市北碚区基层医疗卫生事业单位2025年

第一季度公开招聘工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | | | 民族 | |  | | | 照片 | |
| 出生年月 |  | | | 籍贯 | |  | | | 政治面貌 | |  | | |
| 学历 |  | | | 学位 | |  | | | 学制 | |  | | |
| 毕业时间、院校及专业 | | | |  | | | | | | | | | |
| 职称/执业资格证书 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | 联系电话 | | | | |  | | | |
| 报考单位 |  | | | | | | 报考岗位 | | | | | |  | | |
| 学习经历 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作经历 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 何时何地受过何种奖惩 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员及重要  社会关系 | 与本人  关系 | | 姓名 | | 出生年月 | | | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | | | | 户口所在地 |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | | |  |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | | |  |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | | |  |
| 我已仔细阅读《公告》和《岗位一览表》的全部内容，本人符合报考条件。我郑重承诺：本人所填写报考信息和提交的报考材料均真实有效，若在后续招聘环节中发现不符合报考条件的，一切后果由本人承担。  本人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格查情况 | | 经审查，符合资格条件，同意进入面试。  审查人： | | | | | | | | | | | | | |