**附件2**

**泸州市妇幼保健院（泸州市第二人民医院）**

**面向社会公开招聘工作人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性 别 |   | 出生年月( 岁) |    | 照 片  |
| 民 族 |   | 籍 贯 |   | 户口性质 |  □城镇户口 □农村户口 |
| 政 治面 貌 |   | 参加工作时间 |   | 应聘职位 |   |
| 专业技术职称 |  | 取得时间 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |   | 毕业院校及专业 |   |
| 在 职教 育 |   | 毕业院校及专业 |   |
| 身份证号 码 |   | 联系电话 |   |
| 现工作单位及职务 |   |
| 通信地址及 邮 编 |   |
| 学 习 和 工 作 简 历 |  |
| 奖惩情况 |   |
| 年度考核情况 |   |
| 主要家庭成员及重要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 年 龄 | 政治面貌 | 是否有回避关系 | 工作单位及职务 |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| 资格审查意见 |  执业准入资质审核情况： 审核人签字 年 月 日 |
|  学历、出生年月等审核情况：  审核人签字 年 月 日 |
| 备注 | 我承诺上面所填写的资料是完全真实的。如果被证明其中有虚假成分，我愿意承担完全责任或取消相应应聘资格。 承诺人签字： 年 月 日 |

注：请不要更改表格页数及格式，双面打印。