海南省人民医院定安分院

**附件2：**

2024年春季招聘卫生专业技术人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 籍 贯 |  |
| 毕业院校及时间 |  |
| 学 历 |  | 学位 |  | 专业 |  |
| 身份证号码 |  | 现户口所在地 |  |
| 报考岗位 |  | 联系电话 |  |
| 是否在编 |  | 专业技术资格 |  |
| 现工作单位 |  |
| 学习工作简历（高中阶段写起） |  |
| 奖惩情况 |  |
| 本人承诺：上述填写内容真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃应聘资格并承担相应责任。报考承诺人（手写签名）： 年 月 日 |
| 资格审查意见 |  审查人签名： 年 月 日 |

|  |
| --- |
|  |