**附件2**

|  |
| --- |
| **2024年庄河市妇幼保健计划生育服务中心公开招聘合同制卫生专业技术人员登记表** |
|  |  |  |  |  |  |  | 报名序号： |
| 姓名 | 　 | 身份证号 | 　 | 上传近期小二寸免冠彩色照片 |
| 性别 | 　 | 民族 | 　 | 出生日期 | 　 | 政治面貌 | 　 |
| 户口所在地 | 　 | 学历 | 　 | 学位 | 　 |
| 毕业院校 | 　 | 所学专业（方向） | 　 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 专业技术职称 | 　 | 报考岗位 | 　 |
| 现工作单位 | 　 | 联系方式 | 　 |
| 工作经历 | 　 |
| 诚信承诺 | 本人保证以上填写的内容真实有效，如有虚假，本人承担一切后果。考生本人签名： 年 月 日 | 资格审查领导小组意见 | 审查人 ：单位盖章 年 月 日 |
| 备注 | 　 |