附件**2**

**郓城县人民医院2024年第二批青年人才引进报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号码 |  | 健康状况 |  |
| 报考岗位 |  | 执业情况 |  | 婚姻状况 |  |
| 学历学位 | 学历 | 毕业时间 | 毕业院校 | 专业 | 学位名称 （如：医学学士） |
| 本科 |  |   |  |  |
| 研究生 |  |  |  |  |
| 通讯地址 |  | 联系方式 |  |
| 邮箱 |  | 备用联系方式 |  |
| 学习 工作简历 | （请从高中阶段起填写起止时间、学习或工作单位） |
| 个人荣誉 | （请填写本人所获综合性的个人荣誉） |
| 家庭成员 | （请填写家庭主要成员的姓名、与本人关系、出生年月、工作单位及职务等） |
| 审核意见 | 审核人： 年 月 日 |

本人郑重承诺：本人已熟知招聘公告的内容及应聘岗位的条件要求，以上所提供的个人信息、证件等真实准确，对因提供有关信息证件不实造成的后果，责任自负。

本人签名： 填报日期： 年 月 日