|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2：三亚市海棠区卫生健康系统2023年事业单位公开招聘报名表** | | | | | | | | | | | | | |
| **姓名** |  | | **性别** | |  | | **出生年月** | |  | | **粘贴一寸照片** | | |
| **民族** |  | | **籍贯** | |  | | **政治面貌** | |  | |
| **专业** |  | | **职称** | |  | | **联系方式** | |  | |
| **身份证号码** |  | | | | | | **E-mail** | |  | |
| **学历** |  | | **学位** | |  | | **毕业院校** | |  | | **毕业**  **时间** | |  |
| **现工作单位** |  | | | | | | **住址** | |  | | | | |
| **报考岗位** |  | | | | | | | | | | | | |
| **个人简历**  **(从高中起填写至2023年7月）** |  | | | | | | | | | | | | |
| **家庭**  **主要**  **成员** | **姓名** | | | **年龄** | | **与本人关系** | | **工作单位及职务** | | | | **户籍所在地** | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | |
| **是否行政、事业单位在编人员** |  | **原工作**  **单位** | | | |  | | | **原工作单位**  **主管部门** | | |  | |
| **所在单位同 意报考意见 （行政、事业 单位在编人员需盖章）** | **单位（盖章）：**  **年 月 日** | | | | | | **所在单位主 管部门同意 报考意见 （行政、事业单位在编人员需盖章）** | | | **单位（盖章）：**  **年 月 日** | | | |
| **承诺书**  **本人承诺所提供的个人信息真实有效，并严格遵守招考公告中的所有规定，如有隐瞒、虚报、谎报有 关情况，本人愿意承担一切责任。**  **承诺人签名： 年 月 日**  **（手写签名按手印）** | | | | | | | | | | | | | |

备注：请填写好报名表并在签名处手写签名后扫描成PDF格式上传至报名系统。