**附件:**

**泸州市妇幼保健院（泸州市第二人民医院）**

**编外招聘人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | | | | | | 身 高 | | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| 承诺 | 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。