附件2：

泗阳县妇幼保健院公开招聘工作人员报名表

报考岗位代码：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 正面免冠照片 |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | 籍贯 |  |
| 身份证号 |  |
| 何年何月毕业院校 |   | 学历 |   |
| 所学专业 |  |
| 执业资格取得情况 |  |
| 家庭住址 |  |
| 联系方式 | 手机号码1： 手机号码2：  |
| 学习（工作）简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 个人报考承诺 | 本人对招聘简章已经完全了解，此《报名表》中所填信息及本人所提供的报名资料全部真实，如有弄虚作假，取消本人应聘资格，并承担相关法律责任。如被聘用，承诺在泗阳县妇幼保健院服务期不少于3年，如中途离职，愿意承担违约责任。承诺人（签名）： 年 月 日 |
| 审核意见 | 审核人签字： 年 月 日 |
| 备注 |  |

**注：1.报名人员必须填写有效通讯信息，并保持电话畅通，否则因通讯不畅通影响考试的，由报名人员本人承担责任。 2.本表一式两份，承诺人签名须本人手写，贴2寸照片。**