|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |  |  |  |
| 报名登记表 | | | | | | |
| 报名职位： | 医师 | | | 报名职位代码： | SW20240701 | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 请插入近期一寸正面免冠 彩色电子相片 |
| 籍贯 |  | 户籍所在地 |  | 民族 |  |
| 婚姻状况 |  | | 参加工作 时间 |  | |
| 政治面貌 |  | | 参加组织 时间 |  | |
| 身高（cm） |  | | 驾驶执照 |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | |
| 户籍地址 |  | | | 家庭住址 |  | |
| 联系方式 | 手机 |  | | 邮箱 |  | |
| 全日制教育 | 学历 |  | | 毕业院校 |  | |
| 学位 |  | | 专业 |  | |
| 在职教育 | 学历 |  | | 毕业院校 |  | |
| 学位 |  | | 专业 |  | |
| 专业技术职称 |  | | | 执业类别 执业范围 |  | |
| 现工作单位及职务 |  | | | | | |
| 学习经历（从高中阶段开始填写） | | | | | | |
| 起始年月 | 结束年月 | 学历 | 学位 | 毕业院校 | 专业 | 学制及学习 形式 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 主要工作经历 | | | | | | |
| 起始年月 | 结束年月 | 工作单位 | | | 职务 | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
| 有何特长及 突出业绩 |  | | | | | |
| 何时何地 受过何种奖励或处分 |  | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓 名 | 出生年月 | 工作单位及职务 | | 政治面貌 | 与本人 关系 |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| 报名人员承诺 | 本人承诺以上材料属实，如有不实之处，愿意承担相应责任。   报名人员签名： 日期： 年 月 日 | | | | | |
| 党建办 审查意见 | 年 月 日 | | | | | |
| 填 表 说 明 | 1.工作单位、部门及所任职务要填写全称。 2.学制及学习形式填写“全日制”、“非全日制”。 3.此表须提交Excel电子版及打印并签名后扫描的PDF文件。 4.此表须如实填写，经审查发现与事实不符的，责任自负。 | | | | | |