**附表1：**

**海口市妇幼保健院公开招聘工作人员报名登记表**

填表时间:     年    月   日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | | |  | | | 相片 |
| 出生日期 |  | 籍 贯 | | |  | | |
| 民 族 |  | 政治面貌 | | |  | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | |
| 考生类型 |  | | 报考岗位 | | | |  | |
| 学历/学位 |  | | 所学专业 | | | |  | |
| 毕业院校 |  | | 毕业时间 | | | |  | |
| 健康状况 |  | | 参加工作时间 | | | |  | |
| 现工作单位 |  | | 职    称 | | | |  | |
| 现居住地 |  | | 固话及手机号码 | | | |  | |
| 家庭地址  及邮政编码 |  | | 个人Email | | | |  | |
| 个人简历  （从大学填起） |  | | | | | | | |
| 所受奖惩情况 |  | | | | | | | |
| 获取的证书及特长 |  | | | | | | | |
| 考生诚信承诺  （必填） | **上述填写内容和提供的相关依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。**                签名（签章）：         年   月   日 | | | | | | | |
| 资格初审意见 | （同意或不同意）    审查人签名：       年  月  日 | | | 资格复审意见 | | （符合或不符合招聘条件）    复审人签名：        年  月  日 | | |

注:考生类型请填普通应届毕业生\往届毕业生\事业单位职工\企业职工\待业人员等。