附件3：

**2019年博兴县卫生系统公开招聘工作人员报名登记表**

报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 民族 |   | 出生年月 |   | 照片 |
| 户籍所在地 |   |  政治 面貌 |   | 学历 |   | 学位 |   |
| 身份证号码 |   |
| 毕业时间 |   | 毕业院校 |   |
| 岗位代码 |   | 专业 |   |
| 家庭住址 |   | 联系电话 |   |
| 参加工作时间 |   | 工作单位及职务 |   |
| 是否回避 |   |
| 工作学习简历 |   |
| 家庭成员及其主要社会关系 | 关系 | 姓名 | 工作单位及职务 |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
| 我郑重承诺：我已阅读并理解本招聘简章，所提供的个人信息均真实、准确，并自觉遵守公开招聘的各项规定，诚实守信，严守纪律，认真履行应聘人员的义务,自觉接受公开招聘过程中的资格审查。对因提供有关信息、证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应的责任。                                                           报考人签名：                                                            2019年 月 日 |

（此表正反打印，一式一份）

资格审查人签名：