 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：