|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |  |  |
| **廊坊市卫生健康委员会公开选聘报名登记表** |
| **报名序号：** |
| 姓 名 | 　 | 性别 | 　 | 报考专业 | 　 | 电子照片 |
| 出生年月 | 　 | 民族 | 　 | 　 | 　 |
| 职 称 | 　 | 身份证号 | 　 |
| 籍 贯 | 　 | 政治面貌 | 　 |
| 户籍所在地 | 　 |
| 毕业院校 | 　 | 是否全日制 普通类 | 　 |
| 所学专业 | 　 | 学历学位 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 原工作单位 | 　 |
| 学习工作简历（高中写起） | 　 |
|
|
|
|
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 年 龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 本人承诺 | 以上信息属实，若有虚假，责任自负。 |
|  本人签字： 年 月 日 |
| 联系电话： 审核员签字： |