附件2

寿光市皮肤病防治站2024年公开招聘报名表

 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 一寸照片粘贴处 |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | 身份证号 |  |
| 毕业院校 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 资格证 |  | 取得时间 |  | 执业证书 |  | 注册专业 |  |
| 籍贯 |  | 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 报考岗位名称 |  |
| 学习经历 | （从高中、中专填起） |
| 工作简历 |  |
| 诚信承诺书 | 本人所提供的个人信息、证明资料、证件等真实、准确，并自觉遵守公开招聘的各项规定，诚实守信，严守纪律，认真履行报考人员的义务。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，本人自愿承担相应责任。本人签名（按手印）： 年 月 日  |
| 资格审查意见 | 审核人签名： 年 月 日 |