|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生****年月** |  |  |
| **政治****面貌** |  | **身份证号码** |  |
| **专业资格及职称** |  | **户籍地** |  | **联系****电话** |  |
| **报考****单位** |  | **报考****岗位** |  | **是否同意调剂到另一所医院同等岗位** |  |
| **毕业****院校** |  | **所学****专业** |  | **学历** |  | **学位** |  |
| **学****习****和****工****作****经****历** |  |
| **承诺书** | **本人承诺的以上信息均真实有效，并确认本人符合招聘公告及简章规定的报考条件及相关要求，如有不实或不符合报考条件，由此造成的后果，责任自负（若被聘用，单位可随时解除聘用关系）。报名及考试中，如有违纪、违规行为，愿意接受按照有关规定进行处理。**  承诺人：  年 月 日 |
| **备用照片粘贴处** |  |

附件2

**东光县2020年公开招聘工作人员报名表**