附件2

2024年开封市市直医疗卫生单位青海大学专场招聘优秀毕业生报名登记表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照  片  （请插入电子照片） |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | | | 学历（学位） |  |
| 所学专业 |  | | | 毕业时间 |  |
| 资格证书 |  | | | 电子邮箱 |  | |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 |  | |
| 报考单位 |  | | | 岗位代码 |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 本人简历 |  | | | | | |
| 家庭  成员  及主  要社  会关  系 | 姓名 | | 与本人关系 | | 工作单位及职务 | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| 报名人  承诺 | 本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有虚假，本人愿承担由此产生的一切后果。  报名人签名：  年 月 日 | | | | | |
| 资格审  查意见 | 审查人签名：  年 月 日 | | | | | |

本表一式两份。