|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 河北省眼科医院2024年公开选聘工作人员报名表 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片（将电子照片粘贴到栏中彩色打印) |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 身份证号 |  | 联系方式 |  |
| 学历 |  | 毕业院校 | （院校名称及就读院系） | 专业 |  |
| 学位 |  |  |
| 学习形式 | （全日制或非全日制） | 毕业时间 | （应届毕业生填写预计取得时间，非应届毕业生填写毕业时间，海外留学人员填写毕业时间及教育部学历认证书时间） | 邮箱 |  |
| 工作单位及职务 |  | 工作单位性质及联系方式 |  |
| 通讯地址及邮编 |  | 报名岗位代码 |  |
| 学习和工作经历（由高中填起） | （学习和工作经历应前后衔接，不得空断。经历填写截止时间为发布公告之日） |
| 科研成果奖励情况 |  |
| 论文发表情况 |  |
| 是否失信被执行人 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭成员及重要社会关系（包括但不限于父母、配偶、兄弟姐妹、岳父母等） | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人承诺： 上述填写内容真实完整，本人所提供的相关资料真实、准确。如有虚假，本人愿意承担相应责任。本人清楚资格审审查贯穿本次公开选聘全过程，在任何环节发现不符合条件的，将被取消资格，问题严重的将按照有关规定追究责任。 本人签名(手写)： 年 月 日 |
| 本表使用一张A4纸正反面打印，不要调整表格样式。 |