**附件2**

**2023年大连高新区公开招聘事业编制医疗卫生人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生日期 |  | 照片 |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | 户口所在地 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 外语语种 |  | 外语等级水平 |  | 计算机等级水平 |  |
| 专业技术职称 |  | 执业资格等其它条件 |  |
| 工作单位及职务 |  | 任现职时间 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位及识别码 |  |
| 简历 |  |
| 诚信承诺 | 本人提交的信息资料真实、准确，不存在公告中不得报考的情形。如本人不符合报名条件进行报名，由此而产生的一切后果由个人承担。考生（签字）： 年 月 日 | 资格审查意见 | 审查人： 审查部门：（盖章）年 月 日 |

注：简历栏目从在高中（中专）读书时开始填写。