

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
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">本人签名(手写)： 年 月 日</p>					
本表使用一张 A4 纸正反面打印，不要调整表格样式。					