附件2：

杭州市民政局所属杭州市推拿医院公开招聘事业人员考试报名登记表

报名序号： 报考职位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码 |  | 姓名 |  | 出生日期 |  | 照片 |
| 民族 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  | 所学专业 |  |
| 是否全日制普通高校应届毕 |  | 现户籍所在地 |  | 落户时间 |  |
| 手机号码 |  | 现工作(学习)单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 学习工作简历 |  |
| 外语、计算机及其他资格证书情况、奖惩情况、职称情况和所报考职位要求的其他情况 |  |
| 考生承诺 | 本人已仔细阅读招聘简章，理解其内容，符合报考条件。本人承诺报名信息和资格审查材料真实、准确、完整。如有不实，本人自愿承担相应责任。考生本人签字（手写）： 年 月 日 |
| 资格审查意见 | 审查人（签字）： 年 月 日 |

注：打印报名登记表一式三份并妥善保管，以备笔试、面试、体检等环节使用。