附件 2

花垣县卫健事业单位公开招聘人员报名表

应聘单位： 应聘岗位： 报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 相 片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 学历学位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 职称、执（职）业资格 |  | 取得时间 |  |
| 户 籍所在地 |  | 婚姻状况 |  | 档案保管单位 |  |
| 身份证号 |  | 有何特长 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | E-mail |  |
| 简历 |  |
| 与应聘岗位相关的实践经历或取得的成绩 |  |
| 应聘人员承诺 | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。****应聘人签名：****年 月 日** | 资格审查意见 | **经审查，符合应聘资格条件。****审查人签名： 招聘单位（章） 年 月 日** |
| 备注 |  |

说明：1．报名序号由招聘单位填写。2．考生必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消考试或聘用资栺。3．经审查符合报名条件，由考生现场确认， 此报名表由招聘单位留存。4．考生需准备 1 寸免冠同底彩色彩色底照片 3 张，照片背面请写上自己的名字。5.如有其他学术成果或课题及需要说明的情况可另附。