附件2：

**2020年度三江县卫健系统高校应届毕业生报名表**

**报考单位： 报考岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 户口所在地 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业时间院校及专业 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 取得何种执业资格证 |  |
| 联系地址 |  | 固定电话 |  |
| 移动电话 |  |
| E-mail |  | 邮 编 |  |
| 个人简历 |  |
| 我已经仔细阅读《三江县2020年卫健系统急需紧缺人才招聘公告》，清楚并理解其中内容。本人承诺：提供的本人个人信息真实、准确，慎重报考符合条件的职位，并对自己的报名负责。考生签名：　　　　　　 2020年　月　日 | 审核人签名：（招聘单位盖章）2020年 月 日 |
| 备注 |  |

**注意：本表填写一式2份。报名时交1份给招聘单位，自存1份。**