附件2

驻马店市中心医院2020年公开招聘报名表

|  |
| --- |
| 报名序号： 填表日期： 年 月 日 |
| 姓　　名 |  | 性别 |  | 民 族 |  |  |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 学　　历 |  | 学位 |  | 是否获执业资格证 |  |
| 毕业院校及 时 间 |  | 所学专业 |  |
| 报考岗位 |  | 是否同意调剂 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  | 家庭住址 |  |
| 身 份 证号　　码 |  | 毕业证书编 号 |  |
| 本人简历 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 报名人承　诺 | 本报名表所填内容正确无误，所提交的证件和照片真实有效。如有虚假，由此产生的一切后果由本人承担。报名人签名： |
| 资格审查意　　见 | 　　　　审查人签名： |