附件2：

毕节市医疗投资有限责任公司2020年面向社会公开招聘工作

人员报名表

报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | | 照片 |
| 政治面貌 |  | | 身份证号 |  | | |
| 户 籍  所在地 |  | | 出生日期 |  | | |
| 毕业院校 |  | | 毕业时间 |  | | |
| 所学专业 |  | | 学 历 |  | | 学 位 |  |
| 专业职称 | |  | | 专业职务 | |  | |
| 职业（从业）资格证 | |  | | 电子邮箱 | |  | |
| 报考单位 |  | | | | | | |
| 报考岗位 |  | | | | | 联系电话 |  |
| 主要简历  （从高中开始填写） | |  | | | | | |
| 报名信息确认栏 | | 本人已认真阅读《职位表》，符合招聘范围、条件和职位要求，所填信息均为本人真实情况，自愿报名。若有虚假、遗漏、错误等情况，责任自负。  考生签名： | | | | | |
| 招聘单位  初审意见 | | 审查人签字：  年 月 日 | | 招聘单位  复审意见 | | | 复审人签字：  年 月 日 |