附件二 ：

蚌埠市老年康复医院（蚌埠市慈善医院）报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 请粘贴电子照片（正规证件照） |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号码 |  | 报考科室 |  |
| 联系电话 |  | Email |  |
| 家庭地址 |  |
| 计算机水平 |  | 专业技术职称 |  |
|  | 毕业学校 | 所学专业 | 学历 | 毕业时间 |
| 全日制学历 |  |  |  |  |
| 最高学历 |  |  |  |  |
| 工作经历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | 政治面貌 | 现何地、何工作单位 | 任何职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 以下内容网上报名时不必填写，待现场确认时在招聘单位打印出的纸质件中填写 |
| 报名资格审查情况（由审核人打钩） | 1、身份证 □2、毕业证、学位证 □ 3、岗位要求的资格证书□ |
| 用人单位审核人 |  |