|  |
| --- |
| **附件2：****长春医学高等专科学校招聘编外人员报名表** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
|
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 专业 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 参加工作时间 |  |
| 身份证号码 |  | 专业技术职务或 职(执)业资格 |  |
|
| 邮政编码 |  | 固定电话 |  | 手 机 |  |
| 电子信箱 |  | 通讯地址 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 学习工作简历（从第一学历开始） |  |
| 符合其他岗位条件要求情况 |  |
| 主要家庭成员姓名单位职务 |  |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。 报名人（签名）： 年 月 日 |
| 资格审查意 见 | 审查人（签名）： 年 月 日 |
|
| 注：此表一式两份，除资格审查意见由负责资格审查的工作人员填写外，其他项目均由报考者填写。填写时使用正楷或打字。 |