附件2：

湘潭市第二人民医院

劳务派遣人员招聘报名表

**报考岗位： 报名序号：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 户籍所在地 |  | 户口性质 | 非农户口□ 农业户口□ | 婚姻状况 | 已婚 □ 未婚 □ |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 第一学历 |  | 学位 |  | 毕业院校、专业及时间 |  | |
| 最高学历 |  | 学位 |  |  | |
| 专业技术职务任职资格  （专业技术资格） | |  | | 取得时间 |  | |
| 联系电话 | |  | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | |
| 简历  （从高中起） |  | | | | | |
|
|
|
| 与应聘岗位相关的实践经历或取得的成绩 |  | | | | | |
| 应  聘  人  员  承  诺 | 本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。  应聘人签名：  年 月 日 | | | 资  格  审  查  意  见 | 经审查，符合报名条件。  审查人签名： | |
| 招聘单位（章）  年 月 日 | |
| 备注 |  | | | | | |