附件2

**上饶市妇幼保健院（市儿童医院）2023年**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性 别 |  | | 出生年月 |  | 本人照片 |
| 现工作单位 |  | | 联系电话 | | |  |
| 身 份 证 号 码 |  | | 报名岗位 | | |  |
| 现 获 职 称 |  | | 现工作单位 | | |  | |
| 学 习  经 历 |  | 起止时间 | | 毕业院校 | | 所学专业 | |
| 全日制  教育 |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| 在职教育 |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| 工 作  经 历 | 起止时间 | 工作单位 | | | | 所任职务 | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
| 何时何地获得何荣誉 |  | | | | | | |
| 报考人  承诺签名 | 上述填写内容和提供的相关依据真实、有效，符合招聘岗位所需的  报考条件。如有不实，本人自愿放弃考试和聘用资格。  本人签名：  年 月 日 | | | | | | |

**补充招聘编外聘用人员报名表**