**附件2**

**2023年桓仁满族自治县卫生系统公开招聘报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓    名** |  | **性　　别** |  |  |
| **出生年月** |  | **民　　族** |  |
| **政治面貌** |  | **籍　　贯** |  |
| **学 历** |  | **学 位** |  |
| **专 业** |  | **健康状况** |  |
| **专业技术资格** |  | **毕业院校** |  |
| **招聘岗位代码** |  |
| **计算机等级** |  | **英语等级** |  |
| **身份证号码** |  |
| **联系电话** | **方式1：** | **方式2：** |
| **家庭住址** |  |
| **本人信息确认** | **本人承诺所提供的以上信息真实准确，如有不符愿意承担一切后果和责任（包括取消录取聘用资格）。** **本人签字：** **年 月 日** |
| **招聘工****作组意见** |  **年 月 日** |

**此表一式两份**