**附件2：**

**开封市肿瘤医院**

**2024年公开招聘人事代理工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 | | |  | 出生年月 | |  | | 照片 |
| 籍 贯 | |  | 民 族 | | |  | 政治面貌 | |  | |
| 学 历 | |  | | | | 学 位 | |  | | |
| 毕业院校 | |  | | | | | 毕业时间 | | |  |
| 专 业 | |  | | | | | 参加工作时间 | | |  |
| 照片 |
| 现工作单位 | |  | | | | | | | | |
| 现有专业技术任职资格等级及名称 | | | | |  | | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | |
| 邮政编码 | |  | | 联系电话 | | |  | | | | |
| 学习  工作简历 |  | | | | | | | | | | |
| 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）：  日期：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 报考岗位 | |  | | | | | | | | | |
| 资格审查  意 见 | | 审查人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | |