|  |  |
| --- | --- |
| 附件二 |  |
| **长治市第二人民医院 2024年公开招聘人员报名表** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月（ 岁） |  | （照片） |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 参加工作时 间 |  |
| 政治面貌 |  | 联系电话 |  | 专业技术职务/职称 |  |
| 婚 否 |  | 健康状况 |  | 身份证号 |  |
| 学历学位 | 本 科 | 毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 研究生 | 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 专业（方向） |  |
| 个人简历 |  |
|
| 原单位名称及职务 |  |
|  个人承诺1、本人已仔细阅读招聘简章、岗位需求等相关资料，报名表所填写信息及提供的相关资料真实、完整、准确。若有虚假，一切后果由本人承担。2、服从考试管理部门和工作人员安排，自觉接受考试组织部门检查、管理、监督。3、保证在考试过程中遵纪守法、诚实守信。 本人签字： |