附件2

施秉县人民医院2024年公开招聘编制备案制工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |   |
| 学历学位 |  | 毕业时间 |  |
| 现户口所在地 |  | 是否是全日制普通高校学历 |  |
| 现详细住址 |  |
| 身份证号码 |  |
| 现工作单位 |  |
| 何时取得何种何级别执业资格证书 |  | 是否符合报考岗位所要求的资格条件 |  |
| 招聘单位 |  | 招聘岗位 |  |
| 本人联系电话 | 手机：座机： | 其他联系方式（父母或亲友姓名、单位电话） |  |
| 个人简历 | （从高中开始填写，限200字以内） |
| 以上信息均为真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。考生（签名）： 代报人（签名）： |
| 报名资格初审意见 | 审查人（签名）： 2024年 月 日 | 报名资格复审意见 | 复核人（签名）： 2024年 月 日 |