附件1：

2024年西平县人民医院公开招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生 年月 |  | 2寸免冠照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治 面貌 |  |
| 学历 |  | 取得何种专业技术资格证书 |  |
| 毕业院校及时间 |  | 所学 专业 |  |
| 现工作 单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 报考专业 |  | 是否同意调剂 |  | 联系 电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 身份证 号码 |  | 毕业证书编号 |  |
| 本人简历（从高中开始写） |  |
| 报名人 承诺 | 本报名表所填内容准确无误，所提交的证件和照片真实有效，如有虚假，由此产生的一切后果由本人承担。报名人签名：  |