附件 2

2024年夏邑县妇幼保健院引进人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 现工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 联系电话 |  | 职称等级 |  |
| 身份证号码 |  |
| 简 历(填写大学学习及 工作经历） |  |
| 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）：年 月 日 |
| 应聘单位岗位 |  | 应聘岗位专业 |  |
| 资格审查意见 | 审查人签名： |
| 备 注 |  |

填表日期： 年 月 日

注：1、本表一式 2 份。

1. 学历信息请严格按照毕业证上的信息填写全称，以免影响资格审核。
2. 审核意见由负责资格审查的工作人员填写外，其它项目均由报考者填写。

4、每份表格贴 1 张近期免冠一寸照片，照片背面须写上报考者姓名。