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 | | | |