附件2

|  |
| --- |
| 鹤壁市2022年市直医疗卫生事业单位公开招聘工作人员报名表 报名序号： 填表日期： 年 月 日 |
| 姓 名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 | 照 片 |
| 民族  | 　 | 籍贯 |  | 政治面貌 | 　 |
| 户籍所在地 | 　 | 报考岗位代码 |  |
| 所学专业 |  | 学历 |  |
| 从事专业 |  | 学位 |  |
| 专业技术职称（职务） |  | 执业资格 |  |
| 身份证号 |  | 电子邮箱 | 　 |
| 联系电话 |  |  |  |
| 教育背景 | 起止时间 | 院校名称 | 所学专业 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 个 人 简 历 |  |
| 承诺：以上内容真实有效，且符合拟招聘岗位所要求的资格条件，后果由本人承担。 承诺人签字： 年 月 日 |
| 填表说明：1.此表请将相关信息填写完整，应试者对填写内容的真实性负责。2.“从事专业”填写专业技术任职资格证书上对应的专业名称。3．“户籍所在地”是指现本人户口所在地。 |