|  |
| --- |
| **附件2****双峰县人民医院合同制专业技术人员招聘报名表** |
|
| 申报岗位： |  |  |  填表日期： 年 月 日 |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | （照 片） |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 学历/学位 |  | 毕业院校 |  |
| 执业资格 |  | 获得时间 |  |
| 所学专业 |  | 档案保管单位 |  | 婚姻状况（已婚□ 未婚□） |
| 身份证号码 |  | 有何特长 |  | 身高 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 简历 |  |
| 报名承诺 | 本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。 报名人签名： 年 月 日 |
| 资格审查意见 | 人事部门或主管部门审查意见：   审查人： |