附件2

**上饶市妇幼保健院（市儿童医院）2023年**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 本人照片 |
| 现工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 身 份 证 号 码 |  | 报名岗位 |  |
| 现 获 职 称 |  | 现工作单位 |  |
| 学 习经 历 |  | 起止时间 | 毕业院校 | 所学专业 |
| 全日制教育 |  |  |  |
|  |  |  |
| 在职教育 |  |  |  |
|  |  |  |
| 工 作经 历  | 起止时间 | 工作单位 | 所任职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 何时何地获得何荣誉 |  |
| 报考人承诺签名 | 上述填写内容和提供的相关依据真实、有效，符合招聘岗位所需的报考条件。如有不实，本人自愿放弃考试和聘用资格。本人签名： 年 月 日 |

**补充招聘编外聘用人员报名表**