附件二：

随县人民医院公开招聘合同制卫生技术人员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | 贴照片处 |
| 户 口所在地 |  | 出生年月 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  |
| 学历学位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 报考岗位 |  |
| 专业技术资格或执业资格 |  | 取得时间 |  |
| 原工作单位及岗位 |  | 参加工作时间 |  |
| 联系地址 |  | 联系电话 |  |
| 个 人简 历 |  |
| 诚信 承 诺 |  本人承诺：本报名表填写的信息准确无误，报考所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，随时取消考试或招聘资格，所产生的一切后果由本人承担。 |
| 报考人（签字）：年 月 日 |
| 审 核意 见 | 经审查，符合应聘资格条件。 | 经复核，符合应聘资格条件。 |
| 审核人： | 复核人（盖章） |
|          年    月    日 |  年   月   日 |
| 注：以上表格内容必须认真填写，字迹清晰。 |