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。 | | | | | | | | | | | |