附件2：

三门县医疗卫生单位公开招聘报名表

报考单位和岗位：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 出生年月 | 　 | 免冠一寸彩照 |
| 性 别 |   | 民族 | 　 | 政治面貌 | 　 |
| 户籍所在地 | 　 | 学历 | 　 | 健康状况 | 　 |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系地址 | 　 | 固定电话 | 　 |
| 移动电话 | 　 |
| E-amil | 　 | 工作岗位 | 　 |
| 普通全日制学历 | 毕业院校 | 　 | 专 业 | 　 |
| 学历层次 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 个人简历 |  |
|
|
|  本人承诺:上述填写内容和提供的相关依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。 报考承诺人（签名）： 年 月 日 |
| 单位审核意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 备注 |  |