附件2

**兴文县人民医院报名信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 婚姻状况 |  | 政治面貌 |  |
| 资格名称 |  | 身高 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 报考岗位 |  |
| 学习经历(从高中或中专开始填写) | 起止年月 | 学历 | 毕业院校 | 所学专业 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作(含规培)经历 | 起止年月 | 工作单位 | 工作科室及岗位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 家庭主要成员及工作单位和职务 | 与本人关系 | 姓名 | 出生年月 | 工作单位和职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **本人承诺：**我已认真阅读本次招聘公告，理解其内容，认为符合报考岗位资格条件。报名时所填写的信息真实，所提供的证书、证件、证明等报名材料真实有效。如有不实之处，将被取消录用资格。 签字： 年 月 日 |
| 资格审核结果及意见 | 审核人签名： 年 月 日 |