**湛江市第二中医医院2024年编外人员**

**招聘报名表**

**报考岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **民 族** |  | | **贴**  **相**  **片** |
| **出生年月** |  | **籍贯** |  | **政治面貌** |  | |
| **现户籍地** | **省 市（县）** | | | **婚姻状况** |  | |
| **身份证号码** |  | | | **联系电话** |  | |
| **通讯地址** |  | | | **邮 编** |  | |
| **毕业院校** |  | | | **毕业时间** |  | | |
| **所学专业** |  | | | **学历及学位** |  | | |
| **计算机水平** |  | | | **外语水平** |  | | |
| **专业技术资格** |  | | **执业资格** |  | **规培证** |  | |
| **学习、工作经历**  **（何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从中学开始，按时间先后顺序填写）** |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **有 何特 长及 突出 业绩** |  |
| **奖 惩**  **情 况** |  |
| **本 人**  **承 诺** | **我已详细阅读了招聘公告、岗位相关要求和填表说明，确保符合报考条件及岗位要求。本人保证填报资料真实准确，如因个人填报信息失实或不符合报考条件和岗位要求而被取消考试、聘用等资格的，由本人负责。**  **报名人签名（手签）： 日期： 年 月 日** |
| **审 核**  **意 见** | **审核人： 审核日期： 年 月 日** |
| **备 注** |  |

**说明：此表须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。**