附件2

2025年宝鸡市市直公立医院医药卫生类

人员招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 民 族 |  | 粘贴照片  （2寸） |
| 出生年月 |  | 政治  面貌 |  | | 籍 贯 |  |
| 文化程度 | 学历 | 学位 | 毕业院校及专业 | | | 毕业时间 |
| 本科 |  |  | | |  |
| 硕士研究生 |  |  | | |  |
| 博士研究生 |  |  | | |  |
| 现工作单位 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 身份证号 |  | 执业资格证 | |  | 职 称 |  | |
| 报考单位 |  | 报考岗位 | |  | 岗位代码 |  | |
| 家庭主要成员情况 | 称谓 | 姓名 | | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
| 学习和工作简 历 |  | | | | | | |
| 个人承诺 | 本人郑重承诺，对填报的个人信息及所提交资料的真实性负责，如提供虚假、错误信息或材料，自愿承担由此造成的一切后果。 签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 所在单位  意 见 | 签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | | |
| 用人单位  主管部门  审核意见 | 签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | | |
| 同级人事管理部门意见 | 签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | |