附件2

同心县人民医院2020年自主 公开招聘事业单位工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 出生地 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 健康状况 |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号码 |  | 户口所在地 |  |
| 工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 通讯地址 |  | 是否在职在编人员 |  |
| 现有专业技术资格 |  | 现有资格取得时间 |  | 职务职称 |  |
| 报考单位 |  | 报考职位 |  |
| 个人简历 |  |
| 获得过何种专业证书，有何专长 |  |
| 家庭主要成员及工作单位和职务 |  |
| 所受奖惩情况 |  |
| 联系人：  | 联系电话1： |  | 联系电话2： |  |
| 资格审核结果及意见 | 审核意见：审核部门负责人： 审核人（签名）： 年 月 日 |
| 请应聘者认真阅读《公告》 、《岗位计划一览表》等后如实填写。应聘者隐瞒有关情况或者提供虚假材料的，由招聘主管部门依法依规取消应聘者的考试及聘用资格，所造成的一切损失由应聘者本人承担。学历、学位等复印件及相关资料可后附。 |

本人确保所填内容的真实性、准确性，若确认无误，请签字确认**:**