附件1：

**安阳市第二人民医院公开招聘工作人员报名表**

报名序号： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业学校及专业 |  |
| 报考岗位 |  | 学历 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 主要简历 |  |
| 报名人声 明 | 本人郑重承诺：本人提交的信息资料真实、准确，经与所报岗位报考资格条件核实，确认本人符合该岗位的报考资格条件。如本人不符合考试报名条件进行了报名，将无条件服从医院做出的考试成绩无效、不能进入面试及不予聘用的决定，由此而产生的一切后果由个人承担。报名人签字： |
| 资格审查意见 | 审查人姓名： |