附件2

|  |
| --- |
| **随县妇幼保健院招聘人员报名表** |
|
| 姓 名 | 　 | 身份证号 | 　 | 粘贴像片 |
| 性 别 | 　 | 出生年月 | 　 | 籍 贯 | 　 |
| 政治面貌 | 　 | 学历学位 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 毕业学校 | 　 | 所学专业 | 　 |
| 专业技术资格 | 　 | 取得时间 | 　 |
| 执业资格 | 　 | 取得时间 | 　 |
| 原工作单位及岗位 | 　 | 参加工作时间 | 　 |
| 家庭住址 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 报考岗位 | 　 | 岗位代码 | 　 |
| 简历 |   |
| 诚信承诺 |  本人承诺：本报名表所填写的信息准确无误，报考所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，随时取消考试或招聘资格，所产生的一切后果由本人承担。 报考人（签名）： 年 月 日 |
| 招聘单位审核意见 |  经审查，符合报考资格条件。 审核人： （盖章） 年 月 日 |
| 说明：报名资格审核时提交一式一份。 |