附件2

西畴县第一人民医院2024年招聘编外人员报名表

（本表请用正楷字填写，涂改无效）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号： |  |  |  |  |  报考人签名： |  |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 学历 |  | 所学专业 |  | 身高 |  |
| 身份证号 |  | 籍贯 |  |
| 毕业学校 |  | 联系电话 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业证号 |  |
| 家庭地址 |  | 通讯地址 |  |
| 报考岗位及编码 |  | 专业技术资格 |  | 是否符合岗位招聘条件  |  |
| 个人简历 |  |
| 家庭主要成员及社会关系 |  |
| 资格审核意见： |
| 审核单位： | （签章） | 审核人签字： |
| 备注 |  |
| 说明： | 1.资格初审意见及符合加分条件栏由工作人员填写，其余栏由考生本人填写； |
|  | 2.个人简历从中学开始填写，并统一为XX年XX月至XX年XX月在XX学校读书，证明人:XX； |
|  | 3.家庭主要成员有工作单位的要写明单位。 |

本人郑重承诺：保证以下所填资料真实，准确，承担因信息填写错误而导致的一切后果。