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。 | | | | | | | |