**湖北科技学院附属第二医院招聘报名表**

**报考岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 婚姻状况 |  |
| 籍 贯 |  | 身份证号 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 毕业院校、时间及专业 |  |
| 资格证书  |  | 技术职称 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 联系电话 |  | **电子邮件** |   |
| 简历 |  |
| **以上填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。** 　签名： 年 月 日  |
| 资格审查意见及审查人 |  签名： | 资格复核意见 | 签名： |