附件2

道真自治县人民医院2024年公开招聘卫生专业技术人员（编外）报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | | 民 族 | |  | | （照片） |
| 身份证号 |  | | | | | | 出生  日期 | |  | |
| 政治面貌 |  | | 学历 |  | | | 学位 | |  | |
| 联系电话 |  | | | | | | 户籍 | | |  | |
| 毕业时间 |  | | 所学专业 | | | |  | | | | |
| 毕业院校 |  | | | | | | | | | | |
| 报考单位 |  | | | | 报考岗位 | | |  | | | |
| 报名信息确认栏 | | | 以上填写信息均为本人真实情况，若有虚伪、遗漏、错误，责任自负。  考生签名：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 资格初审情况 | | 审查人签字：  2024年 月 日 | | | | 资格复审 | | | 人员签字：  2024年 月 日 | | |

附件3：