附件2：

兴义市人民医院（医共体）威舍分院公开招聘编外人员报 名 表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 | | |  | | 照片 |
| 籍贯 |  | | 民族 |  | 政治面貌 | | |  | |
| 毕业院校 | |  | | | 所学专业 | | |  | |
| 学历学位 | |  | | | 毕业时间 | | |  | |
| 现户口所在地 | |  | | | 是否全日制普通高校学历 | | | | |  |
| 家庭详细住址 | |  | | | | | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | |
| 现工作单位 | |  | | | | | | 职 务 | |  |
| 何时取得何种何级别执业资格证书 | |  | | | 是否符合报考岗位所要求的资格条件 | | | |  | |
| 聘用职位及代码 | | 例：口腔科医师103 | | | | | | | | |
| 本人联系电话 | | 手机： | | | 其他联系方式（父母或亲友姓名、单位电话） | | | |  | |
| 主  要  简  历 | （从高中或初中开始连续填写至今） | | | | | | | | | |
| 以上信息均为真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。  　　　　　　　　　　　　　　考生（签名）： | | | | | | | | | | |
| 报名资格初审意见 | 审查人（签名）：  2024年 月 日 | | | | | 报名资格复审意见 | 复核人（签名）：  2024年 月 日 | | | |