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：