附件2

安顺市人民医院第一分院（关岭自治县人民

医院）2024年公开招聘员额制人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月（）岁 |  | | 近期1寸蓝底免冠相片 | |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  | |
| 学历 |  | 学位 |  | 健康状况 |  | |
| 具体专业及方向 |  | | 毕业学校及时间 |  | | | | |
| 身份证号 |  | | 联系电话 |  | | 职称 | |  |
| 报考岗位及  代码 |  | | | | | | | |
| 主要学习及工作经历、获奖情况 |  | | | | | | | |
| 是否满足报考岗位要求所有报考条件 |  | | | | | | | |
| 报考信息  确认栏 | 以上填写信息均为本人真实情况，并已签订诚信报考承诺书，若有虚假、遗漏、错误情况，责任自行负责。  考生签名： | | | | | | | |
| 审核意见 | 审核人签名： 年 月 日 | | | | | | | |
| 相片粘贴处 |  | | | | | | | |