**附件2：**

黔西南州人民医院2025年秋季公开招聘报名表

**报名序号：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 出生日期 |  |
| 政治面貌 |  | 户籍所在地 |  |
| 家庭住址 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专 业具体 名称 |  | 毕业院校 |  |
| 专业代码 |  | 职业（从业）资格证 |  |
| 报考岗位名称 |  | 报考岗位代码 |  |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 主 要 简 历 |  |
| 其它需 要说明 事项 |  |
| 报考信息确认及承诺栏 | 本人以上填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。考生签名： |
| 原用人单位审核意见 | 审查人签字：2025年 月 日（盖章） |
| 用人单位审核意见 | 审查人签字：2025年 月 日（盖章） |