**附件2**

**兴文县人民医院报名信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  | **照片** |
| **籍 贯** |  | **婚姻状况** |  | **政治面貌** |  |
| **资格名称** |  | **身高** |  | **联系电话** |  |
| **身份证号** |  | **报考岗位** |  |
| **学习经历(从高中或中专开始填写)** | **起止年月** | **学 历** | **毕业院校** | **所学专业** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **工作（含规培）经历** | **起止年月** | **工作单位** | **工作科室及岗位** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **家庭主要成员及工作单位和职务** | **与本人关系** | **姓 名** | **出生年月** | **工作单位和职务** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **本人承诺：我已认真阅读本次招聘公告，理解其内容，认为符合报考岗位资格条件。报名时所填写的信息真实，所提供的证书、证件、证明等报名材料真实有效。如有不实之处，将被取消录用资格。****签字： 年 月 日** |
| **资格审核结果及意见** | **审核人签名： 年 月 日** |