附件2：

2025年新野县人民医院

公开引进人事代理专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | | |  | 学历 |  |
| 毕业学校 |  | | 专业 |  | | | 毕业时间 | |  |
| 身份证号 |  | | | | | | 联系电话  (上班前不要换号码) | |  |
| 籍贯 | 省　　　 市（县、区）　 　　镇（乡） | | | | | | | | |
| 简　历  （从高中写起） |  | | | | | | | | |
| 应  聘  意  向 | **应聘岗位** | | | | **岗位代码** | | | | |
|  | | | | |  | | | |
| 说明 | 每人限报一个岗位，多报无效，可在相应栏内填写所报专业。 | | | | | | | | |
| 个人承诺 | **本人已仔细阅读《2025年新野县人民医院公开引进人事代理专业技术人员公告》，清楚并理解其内容，符合报考条件。本人郑重承诺:**  **1.本人所提供的个人信息、证明资料、证件等，真实、准确，如有作假或不符，同意取消考试资格；对报考岗位要求，已全面了解，因误报、错报岗位或提交虚假信息所产生的一切后果，由本人承担。**  **2.自觉遵守公开招聘的各项规定，诚实守信，严守纪律,认真履行报考人员的义务。**  **3.对因提供有关信息、证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应的责任。**  4.正式录用后，无正当理由五年内不得申请离职。  承诺人（本人签字）：  **填表时间：　　 年　　月　　日** | | | | | | | | |
| 审核意见 | 审核人： 　　　 年　　月　　日 | | | | | | | | |