附件2：

2025年永兴县医疗卫生单位公开招聘专业技术人员

报 名 表 报考单位及岗位名称： 岗位代码： 报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 粘贴彩色1寸照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 学历学位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 执业资格 |  | 取得时间 |  | 职 称 |  |
| 户 籍所在地 |  | 婚姻状况 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 档案保管单 位 |  |
| 通讯地址 |  | 工作单位 |  |
| 简 历（从高中开始填写） |  |
| 与应聘岗位相关的实践经历或取得的成绩 |  |
| 应聘人员承诺 | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。****应聘人员签名：****年 月 日** | 资格审查意见 | **经审查，符合应聘资格条件。****审查人签名： 招聘单位（章）****年 月 日** |
| 备注 |  |

说明：1.报名序号由招聘单位填写；2.考生必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消考试或聘用资格；3.经审查符合报名条件，由考生现场确认，此报名表由招聘单位留存；4.考生需准备1寸免冠正面彩色照片4张，照片背面请写上自己的名字和报考岗位；5.如有其他学术成果或课题及需要说明的情况可另附页。