附件2：

**安顺市妇幼保健院**

**2025年面向社会公开引进专业技术人才报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | |
| 学历 |  | 学位 |  | | 毕业  时间 |  |
| 所学专业  具体名称 |  | | | | | | |
| 毕业院校 |  | | | | | | |
| 是否普通高等教育全日制 |  | | | 工作单位是否同意报考 | |  | |
| 工作单位 (没有填“无”) |  | | | 参加工作时间 | |  | |
| 专业职称 |  | | | 职业（从业）  资格证 | |  | |
| 联系电话1 |  | | | 联系电话2 | |  | |
| 报考单位  名称及代码 |  | | | 报考岗位  类别及代码 | |  | |
| 是否满足报考岗位要求的所有报考条件 |  | | | | | | |
| **报名信息**  **确认栏** | 以上填写信息均为本人真实情况，现场提交报名岗位需要的相关学历、资格等证书和身份证复印件真实有效，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。  考生现场签名：  2025年 月 日 | | | | | | |
| **现场报名初审意见** | 初审人员签名（单位盖章）：  2025年 月 日 | | | | | | |