附件2

**邛崃市第二人民医院人员招聘岗位报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **性别** | |  | | **出生年月**  **（ 岁）** | |  | **近期**  **免冠**  **正面**  **照片** |
| **民族** |  | | **籍贯** | |  | | **出生地** | |  |
| **政治**  **面貌** |  | | **参加工作时间** | |  | | **从事专业** | |  |
| **学历** |  | | | | | | **毕业学校**  **及专业** | |  | |
| **现居住地址** |  | | | | | | **健康状况** | |  | |
| **婚姻状况** |  | | | | | | **是否服从**  **调配** | |  | |
| **联系**  **电话** |  | | | | | | **紧急备用联系电话** | |  | |
| **职业资格证书** |  | | | | | | | | | |
| **主要**  **学习**  **情况** |  | | | | | | | | | |
| **主**  **要**  **工**  **作**  **经**  **验** |  | | | | | | | | | |
| **家庭**  **主要**  **成员**  **及**  **社会**  **关系** | **称谓** | **姓 名** | | **出生年月** | | **政治面貌** | | **工作单位及职务** | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
| **何时何地受过何种奖励处分** |  | | | | | | | | | |
| **其他需要说明的问题** |  | | | | | | | | | |
| **本人**  **承诺** | **我保证上述表格中所填写的内容真实、完整，如有虚假愿承担一切责任。**  **签名：**    **日期： 年 月 日** | | | | | | | | | |
| **资格审查**  **意见** | **经对照招聘条件严格审查，该同志符合邛崃市第二人民医院本次人员招聘条件。资格审查合格，同意参加聘任考核。**      **审查人签字：**  **日期： 年 月 日** | | | | | | | | | |