附件2

**2024年孝南区公立医院备案制专项招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 身份证号码 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 毕业时间 |  | 学位 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 专业技术资格 |  | 取得时间 |  |
| 报考岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 报考单位 |  | 联系方式 |  |
| 学习、工作简历（从大学写起） |  |
| 本人声明 | 本表填写内容及提交的相关报名资料真实准确有效，符合招聘公告的报名条件，否则，本人自愿承担一切后果和责任。 报名人员签名: |
| 资格审核意见 | ①符合报名资格。（请在括号内打“√” ） （ ）②不符合报名资格。（请在括号内打“×”） （ ）　 审核人签字：、 　　　　　　　 　 年 　 月 　日 |