附件2

安徽省第二人民医院灵璧医院南院区招聘人员

报名登记表

报考岗位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 出生年月 |   | 照片 |
| 籍贯 |   | 民族 |   | 政治面貌 |   |
| 学历 |   | 学位 |   | 毕业时间 |   |
| 身份证号 |   | 联系电话 |   |
| 工作单位 |   |
| 家庭住址 |   |
| 毕业院校及专业 |  |
|   个人简历 |    |
| 家庭主要成员社会关系 |   |
| 诚信承诺 |  本报名表所填信息及提交的各类证件材料均真实有效，如有虚假，产生的一切后果由本人承担。 签名：          2024年    月   日 |

说明：“联系电话”请填写能联系到本人或家人的电话，如填写错误、手机关机、停机等个人原因造成无法联系耽误考试录用的后果自负。