|  |
| --- |
| 附件2： |
| **2024年望江县医院赴高校招聘专业技术人员报名表** |
|  2024年 月 日 |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 照 片 |
| 出生年月 |  | 学历 |  | 婚姻状况 |  |
| 专 业 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业时间毕业学校 |  |
|
| 身份证号 |   |
|
| 报考岗位 |  | 报考岗位代码 |  |
| 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 本人简历 | 从高中写起： |
| 本人承诺 | 本人自愿报名参加2024年望江县医院赴高校招聘卫生专业技术人员考试，保证本人以上所填相关内容和提供的证件、材料完全真实，未隐瞒不符合招聘要求的信息，否则取消本人聘用资格。 本人签字： |
|  2024年 月 日 |
| 资格审查人员签名 |  |
|  |