|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | | | |
|  | | | | | | | |