

附表2:

## 2024年临颖县医共体集团所属医疗卫生机构公开招聘劳务派遣人员报名表

填表日期: 年 月

姓名		性别		出生年月		照片
籍贯		民族		政治面貌		
学历		学位		是否全日制		
毕业院校及专业				毕业时间		
现工作单位(在编)				参加工作时间		
身份证号码				专业技术职称(职业资格证书)		
联系邮箱				联系电话		
通讯地址						
学习及工作简历						
本人承诺	本报名登记表所填写的信息准确无误,所提交的证件、资料和照片真实有效,若有虚假,所产生的一切后果由本人承担。 报名人(签名): 年 月 日					
报考单位及岗位代码						
资格复审意见	审核人(签名): 年 月 日					

注:1、本表一式2份。2、除资格复审意见由负责资格审核的工作人员填写外,其它项目均由报考者填写。