附件：2

台江县人民医院2024年第一阶段公开招聘临聘人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业学校 |  | | 所学专业 |  | |
| 学历学位 |  | | 毕业时间 |  | |
| 现户口所在地 |  | | 家庭详细地址 |  | |
| 身高（cm） |  | | 身份证 |  | | |
| 报考岗位及代码 |  | | 联系电话 |  | | |
| 主要工作经历 |  | | | | | |
| 以上信息均为真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　考生（签名）： | | | | | | |