附件2

**广安市前锋区医疗卫生事业单位公开招聘工作人员报名信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 贴照片处 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 籍 贯 |  |
| 报考岗位 |  | | | | |
| 家庭住址或户籍所在地 |  | | | 通信地址 |  | |
| 联系电话 |  | | | 身份证号 |  | |
| 毕业时间及院 校 |  | | | 所学专业 |  | |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 学历性质 |  | |
| 执业资格 |  | 取得时间 |  | 职 称 |  | |
| 学习工作 简 历 |  | | | | | |
| 诚信承诺 | 本报名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。  签字： 2020年 月 日 | | | | | |
| 资格审查  单位意见 | 审查人：  2020年 月 日 | | | | | |
| 备 注： | 1.本表由报考者本人用黑色笔如实填写，字迹要清晰、工整；  2.学历性质：全日制普通高等院校；成人教育；军队院校；  3.近期免冠照片（1寸）1张； | | | | | |