|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2**  **2023年德江县人民医院编外收费室工作人员公开招聘报名表** | | | | | | | | |
| **报名序号：** |  | | | | | | | |
| 姓名 |  | **性别** |  | **民族** |  | | | **贴照片处** |
| **身份证号码** |  | | | **出生日期** |  | | |
| **政治面貌** |  | **户籍所在地** | |  | **身高（cm）** | |  |
| **学 历** |  | | | **毕业时间** |  | | |
| **毕业院校** |  | | | **专业** |  | | |  |
| **原工作单位** |  | | **身体状况** |  | | **工作年限** | |  |
| **专业职称** |  | | | **专业资格证书编号** | |  | | |
| **联系电话** |  | | | **通讯地址** |  | | | |
| 本人简 要简历 （从高中阶段开始填写） |  | | | | | | | |
| **报考单位** |  | | | **报考职位** | | |  | |
| **报考信息 确认栏** | **以上填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。** | | | | | | | |
|  | | | | 考生（签名）： | | |  |
| **医院 人事 部门**  **审核**  **意见** |  | | | **医院 领导**  **复审 意见** |  | | | |
| 审核人： | | | 复审人： | | | |
| 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | |
| **说明：** | 1.请报考者如实详尽提供准确的个人资料并认真填写此表，如所填信息与事实不符，或提供虚假材料的，将取消报考资格，后果由报考者自负； | | | | | | | |
| 2.请报考者仔细阅读公告和报考岗位资格条件，完全符合报考条件的填写此表，对因资格条件无法准确选择岗位的，请咨询后填写。 | | | | | | | |