附件2：

驻马店市中心医院2020年公开招聘报名表

报名序号： 　　　　 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 性别 | |  | 民 族 | |  |  |
| 出生年月 |  | 籍贯 | |  | 政治面貌 | |  |
| 学　　历 |  | 学位 | |  | 是否获执业资格证 | |  |
| 毕业院校及 时 间 |  | | | | 所学专业 | |  |
| 报考岗位 |  | 是否同意调剂 | |  | 联系电话 | |  | |
| 工作单位 |  | | | | 家庭住址 | |  | |
| 身 份 证  号　　码 |  | | | | 毕业证书  编 号 | |  | |
| 本人简历 |  | | | | | | | |
| 家庭成员及主要  社会关系 | 姓名 | | 与本人关系 | | | 工作单位及职务 | | |
|  | |  | | |  | | |
|  | |  | | |  | | |
|  | |  | | |  | | |
| 报名人  承　诺 | 本报名表所填内容正确无误，所提交的证件和照片真实有效。如有虚假，由此产生的一切后果由本人承担。  报名人签名： | | | | | | | |
| 资格审查意　　见 | 审查人签名： | | | | | | | |