附件2

固始县2023年招才引智校园招聘医护人员报名表

报名序号： 填表日期： 年　 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 出 生  年 月 日 | |  | | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 | |  | | 政治面貌 | |  | |
| 学 历 |  | 学 位 | |  | | 是否全日 制学历 | |  | |
| 毕业院校及专业 |  | | | | | 毕业时间 | |  | |
| 现工作  单位 |  | | | | | 参加工作 时 间 | |  | | |
| 身份证  号 码 |  | | | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | |
| 邮政编码 |  | | 联系电话 | |  | | | | | |
| 学习及  工作简历 |  | | | | | | | | | |
| 本人承诺 | 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。  报名人（签名）：  年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 报考单位及专业 |  | | | | | | 岗 位  代 码 | |  | |
| 资格审核  意　　见 | 审查人（签名）：  年　　月　　日 | | | | | | | | | |

注：1、本表一式一份。2、除审核意见由负责资格审核的工作人员填写外，其他项目均由报考者填写。填写时请使用正楷字体。