附件2

成都市郫都区安德街道第二卫生院应聘人员

报名表

应聘岗位： 填表日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 | |  | 出生年月（年龄） | | （ 岁） | | 照片  张贴处 | |
| 籍 贯 | |  | 民族 | |  | 政治面貌 | |  | |
| 婚姻状况 | |  | 联系方式 | | |  | | | |
| 文化程度 | |  | 身份证号码 | | |  | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | |
| 学  习  经  历 | 起止年月 | | | 毕业院校 | | | 专业 | | 学历/学位 | | 教育类型 |
| 年 月- 年 月 | | |  | | |  | |  | |  |
| 年 月- 年 月 | | |  | | |  | |  | |  |
| 年 月- 年 月 | | |  | | |  | |  | |  |
| 工  作  经  历 | 起止年月 | | | 单位名称 | | | | | 部门/职位 | | 证明人 |
| 年 月- 年 月 | | |  | | | | |  | |  |
| 年 月- 年 月 | | |  | | | | |  | |  |
| 年 月- 年 月 | | |  | | | | |  | |  |
| 报名人承诺 | | | | 本人承诺：此报名表上所填内容真实有效，如有虚假本人愿意承担由此产生的一切后果。  承诺人签名： | | | | | | | |
| 资格审查复核意见 | | | | □合格 □不合格  审查人签名： | | | | | | | |