|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2： |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 巧家县人民医院2020年编制外人员招聘报名表 |
|  |
| 岗位名称 | 　 | 姓 名 | 　 | 照片 |
| 性 别 | 　 | 族别 | 　 | 籍贯 | 　 |
| 出生年月 | 　 | 政治面貌 | 　 | 健康状况 | 　 |
| 学 历 | 　 | 毕业院校 | 　 | 专业 | 　 |
| 毕业时间 |  | 执业资格 | 　 |
| 身份证号 |  | 联系电话 | 　 |
| 个人简历 |  |
| 资格审查意见 | 审查人签字： 年 月 日 |
|
|
| 资格复审意见 | 复审人签字： 年 月 日 |
|
|

注：1、请认真填写此表，涂改或复印填写无效；2、您将对此表中的信息的真实性负责。