附件2：

石阡县2023年医疗机构招聘编外工作人员报名表

单位名称及代码： 　 　 职位名称及代码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 出生  年月 |  | 性别 |  | | 照片 |
| 民族 |  | 政治  面貌 |  | 户籍  所在地 |  | | |
| 学历  学位 |  | | | 毕业时间 |  | | |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 |  | | | |
| 身份证  号码 |  | | | 专业技  术资格 |  | | | |
| 家庭  地址 |  | | | | 联系电话1 | |  | |
| 联系电话2 | | - | |
| 个 人 简 历（从高中填起） |  | | | | | | | |
| 报名信息确认栏 | 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。  报名人（签名）  年 月 日 | | | | | | | |
| 初  审  意  见 | 意见：  审核人：  年 月 日 | | | | | | | |