附件2

安顺市人民医院2020年合同制工作人员

报名申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | **照 片** |
| **民族** |  | **籍贯** |  | **政治面貌** |  |
| **学历** |  | **学位** |  | **健康状况** |  |
| **具体专业及方向** |  | **毕业学校及时间** |  |
| **身份证号** |  | **联系电话** |  | **职称** |  |
| **报考岗位** |  |
| **主要学习及工作经历、获奖情况**  |  |
| **是否满足报考岗位要求的所有报考条件** |  |
| **报考信息** **确认栏** |  **以上填写信息均为本人真实情况，并已签订诚信报考承诺书，若有虚假、遗漏、错误、责任自负责。**  **考生签名：** |
| **审 核 意 见** | 审核人签名： 2020年 月 日 |
| **备 注** |  |