附件2：

新乡市口腔医院公开招聘工作人员报名表

序号： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出年月日 |  |  |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 职称 |  | 资格证书 |  |
| 现工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 人事代理机构或临时工作单位 |  | 身份证号码 |  |
| 通讯住址 |  |
| 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  |
| 报考单位及岗位 |  |
| 资格审查意 见 |  审查人（签名）：  年 月 日 |

注：1、除序号和审核意见由负责资格审查的工作人员填写外，其他项目均由报考者填写。填写时请使用正楷字体。2、每份表格贴1张照片，照片背面须写上报考者姓名。其余4张照片贴到白纸上，白纸上写上姓名。