|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2： |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 巧家县人民医院2018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。