附件2：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片  （一寸免冠证件照） |
| 出生地 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 全日制学历 |  | 专业 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | | | 学位 |  |
| 在职学历 |  | 专业 |  | 毕业院校 |  | |
| 身高 |  | 体重 |  | 婚姻状况 |  | |
| 身份证号 |  | | | 健康状况 |  | |
| 应聘岗位  （科室） |  | | | 联系电话 |  | |
| 工  作  及  培  训  经  历 |  | | | | | |
| 获得过何种专业证书、有何专长 |  | | | | | |
| 家庭主要成员及工作单位和职务 |  | | | | | |
| 所受奖惩  情况 |  | | | | | |
| 资格审查贯穿本次招聘工作全过程。在本次招聘的任何环节发现报考者存在不符合报考条件、弄虚作假、违反回避制度等情形的，取消其报考（聘用）资格，所造成的一切责任由报考者自行承担。  本人承诺：以上所填写报名信息和提供的报名材料真实有效。  承诺人手写签名（捺手印）： 年 月 日 | | | | | | |

马边彝族自治县人民医院2023年10月招聘人员报名信息表