|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件二  大邑县人民医院2024年人才招聘报名表 | | | | |
| 姓名 |  | 民族 |  | 2寸照片 |
| 身份证号码 |  | 性别 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 学历情况 | 毕业时间 | 毕业学校 | | 专业 |
|  |  |  | |  |
| 专业技术职称情况 |  | | | |
| 户籍所在地 |  | | | |
| 家庭详细住址 |  | | | |
| 个人简历 |  | | | |
| 应聘岗位 |  | | | |
| 联系电话 |  | | | |
| 本人承诺：以上填报的个人信息、提交的报名相关材料真实、准确、完整、有效。 应聘人员确认签字（手印）： | | | | |
|
| 资格初审： |  | 资格复审： |  |  |