附件

施秉县人民医院2025年公开招聘合同制工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号码 |   |
| 全日制学历 |  | 学位 |  |
| 毕业院校 |  |
| 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 现详细住址 |  |
| 招聘岗位 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历 | （从高中开始填写，限200字以内） |
| 以上信息均为真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。考生（签名）： 代报人（签名）： |
| 报名资格初审意见 | 审查人（签名）： 年 月 日 | 报名资格复审意见 | 复核人（签名）： 年 月 日 |