附件2：

安庆市第六人民医院2024度公开招聘工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 学历 |  | 身份证号码 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 毕业时间 |  | 学制 |  |
| 获奖情况 |  |
| 通讯地址 |  | 婚否 |  |
| 相关资格证书、获取时间 |  | 联系电话 |  |
| 报考岗位 |  | 备注 |  |
| 简历 |  |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 诚信承诺 | 本人所填写情况和提供的相关材料、证件均真实、有效。若有虚假，责任自负。 报考人签名： 年 月 日 |
| 招聘部门初审意见 | （盖章） 年 月 日 | 审查意见 | 年 月 日 |