|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照 片 |
| 出生年月 |  | 政 治面 貌 |  | 应 届 或社会在职 |  |
| 工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 毕业学校 |  | 所学专业 |  |
| 文化程度 | 专科 |  | 本科 |  | 毕业时间 |  |
| 是否已婚 |  |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家庭地址（现住址） |  | 联系电话 |  |
| 报考单位 | 麻城市第二人民医院 | 单位代码 | —— |
| 报考岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 个人简历 |  |
|
|
| 家庭主要 | 姓名 | 关系 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 诚信承诺 |  本人郑重承诺：我已认真阅读本次招考公告，此表我已完整填写，所填个人信息均属实，所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如信息填写不完整或有不实之处，出现所有后果由本人承担。 本人签名： 年 月 日 |
| 报考资格审查意见 | 经审查：□符合应聘资格条件。 □不符合应聘资格条件。 审查人：  年 月 日 |

附件2：

**2023年麻城市第二人民医院公开招聘聘用制工作人员报名表**