附件2

湘西自治州援鄂医疗队编外聘用医务人员定向考核招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 应聘单位： 应聘岗位： 报名序号： | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | | | 民族 |  | | | 相片 |
| 出生年月 | |  | | 政治面貌 | |  | | | | 学历学位 |  | | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | | | 所学专业 |  | | |  |
| 职称、执（职）业资格 | | | | |  | | | | | 取得时间 |  | | |
| 户 籍  所在地 | |  | | | 婚姻状况 |  | | | | 档案保  管单位 |  | |  | |
| 身份证号 | | |  | | | | | | | 有何特长 |  | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | 邮政编码 |  | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | E-mail | | |  |  | | |
| 简历 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 援鄂期间主要工作业绩 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 应  聘  人  员  承  诺 | 本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。  应聘人签名：  **年 月 日** | | | | | | 资  格  审  查  意  见 | | 经审查，符合应聘资格条件。  审查人签名： 招聘单位（章）  **年 月 日** | | | | | |
| 备  注 |  | | | | | | | | | | | | | |

说明1、报名序号由招聘单位填写。2、申报人员必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消定向考核资格。3、经审查符合资格条件后，此表由招聘单位留存。