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。