附件2：

|  |
| --- |
| 宜春市第二人民医院面向高校毕业生择优引进（招聘）医学类人才报名表 |
| 姓名 | 　 | 身份证号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | （照片） |
| 籍贯 | 　 | 户口所在地 | 　 | 性别 | 　 | 民族 | 　 |
| 毕业院校及所学专业 | 本科阶段 |  | 政治面貌 | 　 |
| 研究生阶段 |  | 执业范围 | 　 |
| 联系地址 | 　 | 固定电话 | 　 |
| 移动电话 | 　 |
| 报考岗位 |  |
| 个人简历及特长优势 |  |
| 本人承诺：上述内容由本人填写，真实准确。如有不实，本人承担责任。 填表人（签名）： 年 月 日 |
| 招聘单位审核意见 |    （签 章） 年 月 日  |
| 备注：以上表格内容必须填写齐全。 |