附件2

红河县人民医院2023年自主招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 | |  | 照片 | |
| 出生  年月 |  | 政治  面貌 |  | 入党  时间 | |  |
| 参加工作时间 |  | 婚姻  状况 |  | 籍贯  （具体到县区） | |  |
| 身份证号 |  | | | 健康状况 | |  | | |
| 现工作单位及职务 |  | | | 专业技术职务 | |  | | |
| 第一学历  （专科） | 学位 | |  | 毕业时间 | |  | | |
| 专业 | |  | 院系 | |  | | |
| 学校 | |  | | | | | |
| 第二学历  （本科） | 学位 | |  | 毕业时间 | |  | | |
| 专业 | |  | 院系 | |  | | |
| 学校 | |  | | | | | |
| 本人  联系  方式 | 移动电话 | |  | 其它联系电话 | |  | | |
| 电子邮箱 | |  | 家庭住址 | |  | | |
| 报考单位 | 红河县人民医院 | | 报考岗位 |  | | | | |
| 个人  简历 | （从大专开始写） | | | | | | | |
| 业绩  成果 |  | | | | | | | |
| 参加培训进修情况 |  | | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | | |
| 家庭主要成员及社会关系（包括父母、配偶、子女、兄弟姐妹等） | 称谓 | 姓名 | 政治面貌 | 出生年月 | 工作单位及职务 | | | 备注 |
|  |  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  | | |  |
| 报名  承诺 | 本人自愿报名参加红河县人民医院2023年自主招聘，在此郑重承诺：  1.诚信报名，真实、准确地填写报名信息，提供相关证明材料。如果信息不准确，材料不真实，由此产生的后果自负；2.自觉遵守有关纪律规定；3.服从组织安排。    签名：    年 月 日 | | | | | | | |

红河县人民医院制