附件2

巴中市精神康复医院（巴中市第四人民医院）公开招聘工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 | |  | 出生年月 | | |  | | 照片 |
| 籍贯 |  | | | | 出生地 | |  | 民族 | | |  | |
| 政治面貌 |  | | | | 参加工作时间 | |  | | | | | |
| 全日制普通 高校学历 | | |  | | | | 毕业院校、专业及学位 |  | | | | |
| 在职学历 | |  | | | | | 毕业院校、专业及学位 | |  | | | | |
| 身份证 号码 |  | | | | | | 现工作单位 |  | | | | | |
| 通信地址 及邮编 |  | | | | | | | | | 联系电话 | |  | |
| 报考单位 及岗位 |  | | | | | | | | | 岗位编码 | |  | |
| 个 人 简 历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | | | | | |
| 家庭 成员 及主 要社 会关 系 | 称谓 | | | 姓 名 | | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 | | | | | |
|  | | |  | |  |  |  | | | | | |
|  | | |  | |  |  |  | | | | | |
|  | | |  | |  |  |  | | | | | |
|  | | |  | |  |  |  | | | | | |
|  | | |  | |  |  |  | | | | | |
| 个人承诺 | 本报名所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  报名人签名（手写）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 资格初审情况 | 初审人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 招聘单位资格复审意见 | （盖章）  复审人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | | |

注：1．岗位要求的其它信息，请在备注栏说明；

2．个人提供的材料必须真实有效，凡提供虚假材料的，一律取消资格。

3．报名登记表统一用A4纸双面打印一式三份。