附件2

**凉山彝族自治州第二人民医院**

**2024年公开招聘编制外工作人员报名信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 |  | 族别 | |  | | | 贴  照  片 | |
| 出生  年月 | |  | | 政治面貌 |  | 籍贯 | |  | | |
| 毕业院校及专业 | | |  | | | 学历学位 | |  | | | |  | |
| 毕业时间 | | |  | | | 是否普通全日制 | |  | | | |
| 户籍所在地 | | |  | | | 通讯地址 | | |  | | | | |
| 身份证号码 | | |  | | | 联系电话 | | |  | | | | |
| 报考岗位名称 | | |  | | | 报考专业 | | |  | | | | |
| 本  人  简  历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 招聘单位审查意见 | 审查人：  单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | 主管部门审查意见 | | | 审查人：  单位（盖章）  年 月 日 | | |
| 所在  单位  意见 | 单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | 服务地所在县（区）组织人事部门意见 | | | 单位（盖章）  年 月 日 | | |
| 诚  信  声  明 | 本人确认以上所填信息真实、准确。如有不实导致被取消聘用资格，本人愿负全责。  考生承诺签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

注：1.近期免冠一寸同底标准照片2张（报名表1张，面试通知书1张），表间结构不得更改。

2.所在单位意见及服务地所在县（区）人事部门意见仅由在职考生填写。