附件2：

**江口县人民医院公开招聘见习人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 民 族 |  |  |
| 身份证号 |  | | | 出生日期 | |  | |
| 政治面貌 |  | | 婚 否 |  | | 家庭住址 |  |
| 学 历 |  | | 学 位 |  | | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | | | | | | |
| 所学专业具体名称 | | |  | | | | |
| 联系电话 | | |  | | 报考职位名称 | |  | |
| 工作经历 | |  | | | | | | |
| 报名信息  确认栏 | | 以上填写信息均为本人真实情况，并已签订诚信报考承诺书，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。  考生签名： | | | | | | |
| 审核人意见 | | 审核人签字：  2022年 月 日 | | | | | | |