附件2

|  |
| --- |
| 驻马店市第二人民医院招聘人员报名登记表 |
| 报名序号： 填表日期： 年 月 日 |
| 姓 名 | 　 | 性别 | 　 | 民族 | 　 | 照片 |
| 出生年月 | 　 | 籍贯 | 　 | 政治面貌 | 　 |
| 学 　历 | 　 | 学位 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 毕业院校 | 　 | 所学专业 | 　 |
| 资格证书及证书编号 | 　 | 执业证书及证书编号 | 　 |
| 报考职位 | 　 | 身份证 |  | 联系电话 | 　 |
| 本人简历 | 　 |
| 社 会 关 系　 |
| 姓名 | 与本人关系 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本人对所填写的个人信息和所提供相关材料的真实性负责，如与事实不符，招聘单位有权取消报考资格，由此导致的后果由本人承担。 签名：  |