|  |
| --- |
| **附件2**久治县医共体2025年公开自主招聘（编外）人员报名表 |
| 姓 名 |  | 身份证号码 |  | （白色底板照片） |
| 户口所在 地 |  | 民 族 |  | 性 别 |  | 政 治面 貌 |  |
| 最 高 学 历 |  | 毕 业 院 校 |  |
| 所 学 专 业 |  | 毕 业 时 间 |  |
| 专业技术职称 |  | 执业资格编号 |  |
| 联 系 地 址 |  | 联 系电 话 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 个人学习及工作简历 |  |
| 本人声明：上述填写内容真实完整，如有不实，本人愿承担取消录用资格的责任。 报考人员签字： 日期： 年 月 日 |