附件2

**2025年郴州市中医医院委托招聘劳务派遣卫生专业技术人员报名表**

应聘岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 相片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 学历学位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 职称 |  | 执业资格及专业 |  |
| 籍贯 |  | 婚姻状况 |  | 身高 |  |
| 身份证号 |  | 有何特长 |  |
| 家庭住址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | E-mail |  |
| 学历情况及工作经历 |  |
| 获奖情况 |  |
| 配偶 | 称谓 |  | 姓名 |  | 学历层次 |  |
| 就读学校及专业/现工作单位及岗位 |  |
| 毕业时间/参加工作时间 |  |
| 资格初审意见 | **经初审，符合报考资格条件。****审查人签名：****科室（章）****年 月 日** | 资格复审意见 | **经复审，符合报考资格条件。****审查人签名：****科室（章）****年 月 日** |

注：以上信息请认真、客观填写。如有弄虚作假情况，取消考试和录取资格。

应聘人签名：

年 月 日