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