附件2：

**2021年下半年湖州市市级医疗卫生单位公开招聘**

**编外工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 招聘单位 |  | 招聘岗位 |  | 照片 |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 性 别 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 户籍 所在地 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 学 历  |  | 联系方式（必填） |  |
| 现工作单位 |  | 职称 |  |
|  工作  简历 | （从参加工作开始填写） |
| 承诺栏 | **本人声明并承诺《报名表》中填写的内容均真实完整，提交的招聘岗位要求的相关证明材料均真实有效。如有不实，本人愿承担一切责任。** 签名（请手写）： 年 月 日 |
| 资格初审意见 | 审核人：单位（盖章） 年 月 日 | 资格复审意见 | 审核人： 单位（盖章） 年 月 日 |
| 备注 |  |