附件2

务川自治县妇幼保健院公开招聘公益性岗位人员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | （一寸照片） |
| 民 族 |  | 年 龄 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  | | |
| 学 历 |  | 专 业 |  | |
| 户籍所在地 |  | | | |
| 现居住地 |  | | | |
| 报考职位名称 |  | | 职位代码 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  | |
| 个人简历 |  | | | |
| 以上信息属实，如有虚假责任自负。 | | | | |
| 申请人签字：  年 月 日 | | | | |
| 用人单位意见：  签章  年 月 日 | | | | |