附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 驻马店市第二人民医院招聘人员报名登记表 | | | | | | | | | |
| 报名序号： 填表日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | | 民族 |  | | 照片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 | |  | | 政治面貌 |  | |
| 学 　历 |  | 学位 | |  | | 毕业时间 |  | |
| 毕业院校 |  | | | | | 所学专业 |  | |
| 资格证书及证书编号 |  | | | | | 执业证书及证书编号 |  | | |
| 报考职位 |  | 身份证 | |  | | | 联系电话 |  | |
| 本人简历 |  | | | | | | | | |
| 社 会 关 系 | | | | | | | | | |
| 姓名 | 与本人关系 | | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | |
| 本人对所填写的个人信息和所提供相关材料的真实性负责，如与事实不符，招聘单位有权取消报考资格，由此导致的后果由本人承担。 签名： | | | | | | | | | |