附件2：

昌宁县人民医院2025年就业见习人员招聘报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  | 照 片 |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 政治面貌 |  | 出生年月 |  | 学历 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 身份证号码 |  |
| 户口所在地 |  | 家庭详细住址 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 个人学习简历（高中起填写） |   |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 所在单位 | 户口所在地 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 应聘人员承诺 | 本人承诺以上内容及此次应聘所提供的材料均真实有效，如有不实，一切责任由本人承担。 承诺人签名： 年 月 日 |
| 报名资格审查意见 |
| 招聘单位意见：审查人： 年 月 日 |