附件2：报名表

|  |
| --- |
| **商丘市中心医院急需补充疫情防控专业技术人员报名表** |
| 报名序号： 日期：2020年 月 日 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 彩照 |
| 年 龄 |  | 籍 贯 |  | 政 治 面 貌 |  |
| 专科毕业院校及时间 |  | 所学专业 及学制 |  |
| 本科毕业院校及时间 |  | 所学专业 及学制 |  |
| 硕士毕业院校及时间 |  | 专业及方向 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 执业资格 |  | 现有职称 |  |
| 外语水平及 等级 |  | 求职意向 |  | 身高（cm） |  |
| 有何特长 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 本人简历及工作经历 |  |
| 家庭成员及主要社会 关系 | 姓名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 报名承诺 | 本表所填内容准确无误，所提交的证件和照片真实有效。如有虚假，一经查实，由此产生的一切后果由本人承担。  |
|  报名人签名： |