附件2

安顺市人民医院2020年公开招录见习人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 民族 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | | | | 出生日期 |  |
| 政治面貌 |  | | 户籍所在地 | |  | |
| 学历 |  | 学位 |  | | 毕业时间 |  |
| 专业名称 |  | | | | | | |
| 毕业院校 |  | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | 参加工作时间 | |  | |
| 身高 |  | | | 执业资格证 | |  | |
| 联系电话1 |  | | | 联系电话2 | |  | |
| 报考岗位代码 | |  | | | | | |
| 是否满足报考岗位要求的所有报考条件 | |  | | | | | |
| 报考信息确认栏 | 以上填写信息均为本人真实情况，并已签订诚信报考承诺书，若有虚假、遗漏、错误、责任自负责。  考生签名： | | | | | | |

备注：安顺市人民医院网址：http：//www.assrmyy.com

咨询电话：0851-33325522