附件2

**2023年费县人民医院**

**公开招聘劳务派遣工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 照  片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 婚否 |  |
| 学历 |  | 专业 |  | 政治面貌 |  |
| 应聘  岗位 |  | 身份证  号码 |  | | | |
| 联系方式 | 1. 2. | | | |
| 现工作单位及职务 |  | | 证明人及联系方式 | |  | |
| 现户口所在地 | |  | 现居住地址 | |  | |
| 学  习  经  历 | 起止时间 | 所在学校（从高中时填起） | | | 专业（从大学填起） | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
| 专业技术资格及获得  时间 |  | | | | | |
| 奖励情况 |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工  作  经  历 |  | | | | |
| 家  庭  主  要  成  员  及  主  要  社  会  关  系 | 称谓 | 姓　名 | 年龄 | 政治  面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 备注 |  | | | | |