附件2：

凉山州精神病医院2018年公开考核招聘工作人员报名表

报考单位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 贴照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 学历 |  |
| 毕业时间 |  | 报考岗位名称 |  |
| 户籍所在地 |  | 通讯地址 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 本人简历 |  |
| 资格审查单位意见 | 审查人：单位（盖章）：年 月 日 | 主管部门审查意见 | 审查人：单位（盖章）：年 月 日 |
| 诚信声明 | 本人确认以上所填信息真实、准确。如有不实导致被取消录用资格，本人愿负全责。考生承诺签名（手写）：年 月 日 |  |  |

说明：简历从高中起填写