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