附件2：

|  |
| --- |
| 毕节市七星关区中医妇幼集团2023年第一批自主招聘编外人员报名表 |
| 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 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 专业 |  |
| 电子邮箱 |  | 联系电话 |  |
| 报考条件 |  | 专科证书全称 |  |
| 主要简历（从高中开始填写） |  |
| 报名信息确认栏 | 以上填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。 报考人员签名： |
| 单位审核意见 | 审查人签字：年 月 日 |
| 考生粘贴相片处 | （本人近期免冠1寸同底彩色照片2张，照片后请写上姓名） |

备注：报名信息表需要打印，不可手写填。