附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 驻马店市第二人民医院（郑州大学附属脑病医院）  2024年公开招聘编外人事代理人员报名登记表 | | | | | | | | | | |
| 报名序号： | |  | 报考岗位代码： | |  | | 填表日期： | | 年 月 日 | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 民族 | |  | | 照片 |
| 出生年月 |  | | 籍贯 |  | | 政治面貌 | |  | |
| 学历 |  | | 学位 |  | | 毕业时间 | |  | |
| 毕业院校 |  | | | | | 所学专业 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | |
| 医师资格证书编号 |  | | | | | 执业医师证书编号 | |  | | |
| 规培证证书  编号 |  | | | | | | | | | |
| 职称证及证书编号 |  | | | | | | | 联系电话 | |  |
| 本人简历 |  | | | | | | | | | |
| 本人对所填写的个人信息和所提供相关材料的真实性负责，如与事实不符，招聘单位有权取消报考资格，由此导致的后果由本人承担。 签名： | | | | | | | | | | |

备注：请将近期免冠电子证件照插入照片栏内。报名序号由工作人员填写。