**湖北科技学院附二医院2020年面向社会专项公开招聘专技人员报名表**

**报考岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 出生年月 |  | | 相片 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | | 婚姻状况 |  | |
| 籍 贯 |  | 身份证号 | | |  | | |
| 学 历 |  | 学 位 | | |  | | |
| 毕业院校、时间及专业 | |  | | | | | | |
| 资格证书 |  | 技术职称 | | |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | 邮编 |  | |
| 联系电话 |  | | | **电子邮件** | |  | | |
| 简  历 |  | | | | | | | |
| **以上填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。**  　签名： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 资格审查意见  及审查人 | 签名： | | | 资格复核  意见 | | 签名： | | |