**附件2：**

**长治医学院2019年专项招聘工作人员报名**

**及资格审查登记表**

应聘岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 一寸近照 |
| 身份证号 |  | 学历/学位 |  |
| 所学专业 |  | 毕业学校 |  |
| 毕业时间 |  | 籍 贯 |  |
| 参加工作时间 |  | 现工作单位 |  |
| 职务职称 |  | 特 长 |  |
| 联系手机 |  | 固定电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 联系地址 |  | 邮编 |  |
| 简历 | 起止时间 | 学习/工作单位(从大学填起） | 专业/职位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 主要科研成果或论文论著 |  |
| 招聘单位资格审 查 意 见 |  签 名: 年 月 日 |
| 备 注 | 1. 应聘人员填写此表，即代表所填写的资料真实可靠。如弄虚作假，单位一经查实，可随时取消其应聘资格；被聘用后可随时终止聘用合同，且单位不承担任何责任。2. 应聘人员保证所提供的联系方式确保可以找到本人，否则后果自负。应聘者签名： 年 月 日  |