附件2：

邢台医学高等专科学校2020年公开选聘

工作人员报名表

报名岗位： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 身份证号： |
| 在高校期间担任主要职务： |
| 原 工 作 单 位 |  | 单位性质 |  |
| 学习简历 | 起止年月 | 毕业院校及院系（具体到二级学院） | 所学专业（以毕业证或成绩单注明专业为准） | 学习形式（全日制等） |
| 高中 |  | ------- | ----- | ---- |
| 本 科 |  |  |  |  |
| 硕士研究生 |  |  |  |  |
| 博士研究生 |  |  |  |  |
| 工作简历 | 起止年月 | 单位名称（档案存放地） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 科研成果奖励情况 |  |
| 本人承诺：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿被取消录用资格并承担相关责任。 申请人（签名）： 年 月 日  |

注：学习时间和工作时间要连续，不可间断，无工作可写待业。