

附件 2

邢台医专第二附属医院 2024 年度公开选聘工作人员报名表

报名岗位代码：_____ 联系电话：_____

姓 名		性 别		民 族		照 片
出生年月		户 籍 所 在 地				
身份证号			婚 姻 状 况			
职 称			政 治 面 貌			
现住址				联系电话		
在 高 校 期 间 担 任 主 要 职 务：						
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						
专科						
本科						
硕士研究生						
博士研究生						
科研成果奖励 情况						

