附件2：

|  |
| --- |
| **昭通卫生职业学院2024年劳务派遣工作人员报名表** |
|  报考岗位： |
| **姓名** |  | **出生日期** |  | 照片 |
| **性别** |  | **政治面貌** |  |
| **学历** |  | **民族** |  |
| **身份证号码** |  |
| **通讯地址** |  | **联系电话** |  |
| **毕业学校名称** |  | **所学专业** |  |
| **毕业证编号** |  | **毕业时间** |  |
| **获奖登记**  |  |
| **承诺书** |  **我承诺报名时所提供的信息、证明资料真实且符合报考要求，若有弄虚作假行为，一经查出，有关部门均可取消本人报考或聘用资格！** |
|  **承诺人（签名）：** |
| **资格审查意见** | 学历审查是否合格 | 资格审查是否合格 |
|  |  |
| 审查人签名： | 审查人签名： |