

附件 2

宁夏回族自治区残疾人康复中心（宁夏康复医院） 编外合同制工作人员报名表

姓 名		性 别		民 族		(照片)
户 籍 地 址				政 治 面 貌		
学 历		学 位		毕 业 时 间		
毕 业 院 校				专 业		
联 系 电 话				邮 箱		
身 份 证 号				应 聘 岗 位		
个 人 简 历						
报 名 信 息 确 认 栏	以上填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。 应聘者签名：_____ 年 月 日					
初 审 意 见	审查人签字： _____ 年 月 日			复 审 意 见	审查人签字： _____ 年 月 日	