附件2

五河县引进医疗卫生高层次人才和紧缺

专业技术人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | | | |  | | 民族 | | |  | | 粘贴  1寸  彩色  照片 | |
| 籍 贯 |  | | | 政治面貌 | | | |  | | 健康  状况 | | |  | |
| 出生年月 |  | | | 身份证号 | | | |  | | | | | | |
| 户口  所在地 |  | | | 婚姻状况 | | | |  | | 本人  身份 | |  | | |
| 毕业学校  及专业 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 入学时间 |  | | | | | | | 毕业时间(或预计毕业时间) | | | |  | | | | |
| 现（拟）  取得学历 |  | | | | | | | 现（拟）  取得学位 | | | |  | | | | |
| 最高学历 |  | | | | | | | 最高学位 | | | |  | | | | |
| 规培专业 |  | | | | | | | 规培证书编号 | | | |  | | | | |
| 参加工作  时间 |  | | | | | | | 现在工作单位 | | | |  | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | | | 个人邮箱 | | | |  | | | | |
| 手 机 |  | | | | | | | 专业技术职称  或技能 | | | |  | | | | |
| 岗位代码及报考单位（按岗位表填写） | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 个人学习、工作简历  (从高中  填起) | 起止时间 | | 学校/工作单位 | | | | | | | | 学历/职称 | | | 岗位/专业 | | 证明人 |
|  | |  | | | | | | | |  | | |  | |  |
|  | |  | | | | | | | |  | | |  | |  |
|  | |  | | | | | | | |  | | |  | |  |
|  | |  | | | | | | | |  | | |  | |  |
|  | |  | | | | | | | |  | | |  | |  |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 取得的证书与特长 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员及工作单位与职务 | 称谓 | 姓名 | | | | 年龄 | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | |  | | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | |  | | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | |  | | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | |  | | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | |  | | | | | | | |
| 本人承诺 | 以上填写信息属实，如有弄虚作假，本人愿意承担一切后果。  应聘人员手写签名: 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 引才小组审议结论 | 经引才工作领导小组商议，同意 条决定：  1.同意该考生与 签订工作协议。  2.考生需在 年 月 日前，向 、 、提供符合岗位要求的相关佐证材料。否则予以取消应聘资格。  3.      4.      主管部门： 引才小组：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |

**注：\*号为必填项，此表要求电脑输入，正反面打印在一张纸上。**