附件2：

泗阳县公开引进医疗卫生高层次人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 民族 | |  | 出生  年月 |  | | 照片 | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | 政治  面貌 |  | |
| 户口  所在地 |  | | 联系电话 | |  | | | | | | |
| 籍贯 |  | | 家庭住址 | |  | | | | | | |
| 全日制研究生学历毕业时间、毕业学校、专业、学位、毕业证书编号 | | |  | | | | | | | | | | |
| 现工作单位及职务 |  | | | | | | | | 参加工作时间 | |  | | |
| 何时何地取得何种专业技术职称或职业资格 | | |  | | | | | | | | | | |
| 应聘岗位名称 |  | | | | | | | | | 应聘岗位代码 | | |  |
| 学习和工作简历（从本科填起） | 起止年月 | | | | | | 学校或单位名称 | | | | | | 任职情况 |
|  | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | | |  |
| 主要社会关系 | 姓名 | | 关系 | | | | 单位及职务 | | | | | | 是否回避 |
|  | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | | |  |
| 本人承诺 | 本人承诺参加应聘填写的信息和提供资料真实准确，如报名信息不全或与实际情况不一致，本人自愿承担因此产生的后果和损失，如被聘用须在泗阳县服务不低于五年。  应聘人员签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 资格初审意 见 | 初审人： 复核人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |