附件2：

2022年鄂温克旗卫生健康系统引进

专业技术人才报名登记表

用人单位： 所报岗位： 报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | 民 族 |  | | 2寸彩色免冠照片 |
| 出生年月 | |  | 政治面貌 | |  | 学历学位 |  | |
| 毕业院校 | |  | | | | 所学专业 |  | |
| 职称、执（职）业资格 | | |  | | | 取得时间 |  | |
| 户 籍  所在地 | |  | 婚姻状况 | |  | 档案保  管单位 |  | |
| 身份证号 | |  | | | | 专业特长 |  | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | 邮政编码 | |  |
| 联系电话 | |  | | | | E-mail |  | | |
| 简历 | | 示例：填写时删掉（若信息较多，请自行缩小字体）  2014.09--2018.06 内蒙古医学院临床医学专业学习  2018.06--2018.10 待业  2018.10-- 内蒙古自治区呼伦贝尔市XX主治医师 | | | | | | | |
| 与选报岗位相关的实践经历或取得的成绩 | |  | | | | | | | |
| 报  名  人  员  承  诺 | 本人承诺所提供的材料真实有效，符合选报岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，所产生的后果由本人自负。  签名：  年 月 日 | | | 资  格  初审意  见 | 经初步审核，符合报名资格条件。  审核人签名：  单位（章）  年 月 日 | | 资  格  复审意  见 | 经复审，符合报名资格条件。  审核人签名：  单位（章）  年 月 日 | |
| 备  注 |  | | | | | | | | |

说明：1.本报名表需一式三份，张贴2寸彩色照片。2.报名序号由工作人员填写。3.报名人员必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消相应资格。4.如有其他学术成果或课题及需要说明的情况可另附。5.报名人员严格按照格式填写，对不按要求填写的，将不予审核通过。