附件：

吴忠市红寺堡区中医医院

全职引进高层次专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 一寸免冠照片 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 毕业时间 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校系及专业 |   |
| 身份证号 |  | 电子邮箱 |  |
| 个人工作经历 |  |
| 其他需说明情况 |  |
| 本人签字 |  本人（签名）： 年 月 日 |
| 资格审核结果及意见 | 审核意见： 审核人（签名）： 年 月 日 |