|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2：** | |  |  |  |  |
| 2024年满洲里市卫生健康委员会事业单位引进人才报名表 | | | | | |
| 报名单位主管部门 |  | | | | 2寸彩色免冠照片 |
| 报名单位及岗位类别 |  | | | |
| 姓名 |  | | 性别 |  |
| 身份证号码 |  | | 民族 |  |
| 政治面貌 |  | | 出生日期 |  |
| 联系电话 |  | | 电子邮箱 |  | |
| 全日制教育 | 学历 |  | 毕业院校、专业及毕业时间 |  | |
| 学位 |  |
| 在职教育 | 学历 |  | 毕业院校、专业及毕业时间 |  | |
| 学位 |  |
| 专业技术资格名称 |  | | 资格级别 |  | |
| 现户籍所在地 |  | | 现工作单位 |  | |
| 家庭住址 |  | | | | |
| 简历 （从高等教育阶段 填起） |  | | | | |
| 本人承诺：  我承诺，以上信息真实正确，本人符合报名岗位引进条件，若有弄虚作假行为，自愿放弃引进资格。    承诺人签字：(签字、手印)  年 月 日 | | | 单位审核 意见 | 审核人签字：     （单位盖章）  年 月 日 | |