附件2

成都市新津区2024年度面向区外公开引进

高层次卫生人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 出生年月（岁） |   | 照片（可彩打） |
| 民族 |   | 籍贯 |   | 出生地 |   |
| 政治面貌 |   | 参加工作时间 |   | 健康状况 |   |
| 专业技术职务 |   | 熟悉专业有何专长 |   |
| 学历 |   | 毕业院校及专业 |   |
| 学位 |   |
| 联系电话 |   | 电子邮箱 |   | 通讯地址 |   |
| 报考单位名称 |   | 报考岗位名称及代码 |   |
| 身份证号 |   | 参加民主党派及任职情况 |   |
| 参加学术团体及任职情况 |   |
| 简   历 |  |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| 获奖情况 |   |
| 学术及专业（技能）水平简述 |   |
| 个人情况及意向 | 现工作单位 |   |
| 现任职务职称 |   |
| 何时能到岗工作 |   | 其他 |   |
| 本人符合报考条件，且对填报的内容和所提供材料的真实性负全部责任。考生（签名）： |
| 资格初审结果： 初审人签字：  复核人签字：  年 月 日 |

备注：此表须正反打印在一张纸上。