附件2

五河县引进医疗卫生高层次人才和紧缺

专业技术人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 粘贴1寸彩色照片 |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 户口所在地 |  | 婚姻状况 |  | 本人身份 |  |
| 毕业学校及专业 |  |
| 入学时间 |  | 毕业时间(或预计毕业时间) |  |
| 现（拟）取得学历 |  | 现（拟）取得学位 |  |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  |
| 规培专业 |  | 规培证书编号 |  |
| 参加工作时间 |  | 现在工作单位 |  |
| 联系电话 |  | 个人邮箱 |  |
| 手 机 |  | 专业技术职称或技能 |  |
| 岗位代码及报考单位（按岗位表填写） |  |
| 个人学习、工作简历(从高中填起) | 起止时间 | 学校/工作单位 | 学历/职称 | 岗位/专业 | 证明人 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 奖惩情况 |  |
|  |
|  |
|  |
| 取得的证书与特长 |  |
| 家庭主要成员及工作单位与职务 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人承诺 | 以上填写信息属实，如有弄虚作假，本人愿意承担一切后果。应聘人员手写签名: 年 月 日 |
| 引才小组审议结论 | 经引才工作领导小组商议，同意 条决定：1.同意该考生与 签订工作协议。2.考生需在 年 月 日前，向 、 、提供符合岗位要求的相关佐证材料。否则予以取消应聘资格。3.   4.   主管部门： 引才小组： 年 月 日 |

**注：\*号为必填项，此表要求电脑输入，正反面打印在一张纸上。**