附件2

开江县2024年部分医疗卫生事业单位引进人才报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考单位 |  | | | 报考岗位名称 |  | | | 岗位代码 | |  | | | 照  片  （蓝底寸照） | |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | | | 民族 | |  | | |
| 出生年月 |  | | | 籍贯 |  | | | 现户  籍地 | |  | | |
| 身份证号 |  | | | 婚姻状况 |  | | | 政治  面貌 | |  | | |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 |  | | | 所学专业 | | | |  | | |
| 学历 |  | | | 学位 |  | | | 健康状况 | | | |  | | |
| 工作单位及职务 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 参工时间 | |  | | 专业技术资格 | |  | | | 专业特长 | | | | |  |
| 通讯地址及邮编 | | | |  | | | 联系方式 | | | |  | | | |
| 学习、工作经历（何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从高中开始，按时间先后顺序填写） | | |  | | | | | | | | | | | |
| 学术成果贡献、特长及突出业绩 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系（填写姓名、与本人关系、政治面貌、工作单位及职务） | | |  | | | | | | | | | | | |
| 担任校、院班干部情况 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 何时何地受过何种奖励或处分 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 本  人  承  诺 | | | 本人-所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料、照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  本人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 资  格  审  核  意  见 | | | 审核人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |