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 |