附件2：

2022年克东县面向社会引进

医疗卫生专业人才报名登记表（在编在岗人员）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 身份证号 | |  | | | | | 照 片 |
| 出生年月 |  | 民族 |  | | 籍贯 | |  | 政治面貌 | | |  |
| 工作单位 |  | 进入时间 |  | | | 工作年限 | | |  | | |
| 全日制学历 |  | | 毕业学校 | | |  | | | | | 所学专业 |  |
| 取得资格  名 称 |  | | 取得资格时 间 | | |  | | | | | 聘任时间 |  |
| 联系电话 |  | | 通信地址 | | |  | | | | | | |
| 本人简历（工作单位、具体科室、具体工作岗位须详填） |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭  成员  情况 | 称谓 | 姓名 | | 工作单位 | | | | | | 联系电话 | | |
|  |  | |  | | | | | |  | | |
|  |  | |  | | | | | |  | | |
|  |  | |  | | | | | |  | | |
|  |  | |  | | | | | |  | | |
| 现工作单位意见（是否同意报名参加本次引进） | | | | | | 人事部门意见（是否同意报名参加本次引进） | | | | | | |
| （填写意见并加盖公章）  年 月 日 | | | | | | （填写意见并加盖公章）  年 月 日 | | | | | | |
| 填 表  注意事项 | **本表中所有信息务必如实详细填写，否则报名材料不予接受！** | | | | | | | | | | | |