附件2：

2023年无为市人民医院卫生人才引进报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | 性 别 | |  | | | 民 族 | | |  | | 照 片 |
| 出生地 | | |  | 政治面貌 | |  | | | 入党时间 | | |  | |
| 专业技术职称 | | |  | 取得时间 | |  | | | 婚否 | | |  | |
| 健康状况 | | |  | 现从事专业 | |  | | | | | | | |
| 联系电话 | | |  | | | 身份证号码 | | | | |  | | | |
| 全日制初始学历、学位 | | |  | | | 毕业时间 | | | |  | | | | |
| 毕业院校及专业 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 全日制最高学历、学位 | | |  | | | 毕业时间 | | | |  | | | | |
| 毕业院校及专业 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 规范化培训专业 | | | |  | | | | 规范化培训合格证取得时间 | | | | |  | |
| 工作单位及职务 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 参加工作时间 | | | |  | | | 在编/编外 | | | | | |  | |
| 报考岗位 | | | |  | | | 岗位代码 | | | | | |  | |
| 个人简历（从高中学习起） | | 年 月至 年 月 | | | 在何学校、单位学习或工作 | | | | | | | | | 证明人 |
|  | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | |  |
| 奖惩情况 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 应聘人员签名 | | 本报名表所填内容准确无误，所提交的信息和照片真实有效。如有虚假,本人愿承担由此产生的一切后果。  应聘人签名： | | | | | | | | | | | | |
| 审查  意见 | 签 名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

说明：1.请报考者认真阅读《人才引进公告》后如实准确填写。报考者隐瞒有关情况或提供虚假

材料的，由聘用主管机关取消其考试或聘用资格，并按有关规定严肃处理。