附件2：

|  |
| --- |
| **济南市妇幼保健院 2019年面向社会引进优秀人才报名表** |
| 名称 | 2019年济南市妇幼保健院面向社会引进优秀人才 |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 照片 |
| 身份证号 | 　 | 出生日期 | 　 |
| 政治面貌 | 　 | 户口所在地 | 　 |
| 学历 | 　 | 学位 | 　 |
| 毕业院校 | 　 | 所学专业及方向 | 　 |
| 毕业时间 | 　 | 生源地 | 　 |
| 工作单位 | 　 | 参加工作时间 | 　 |
| 联系电话 | 　 | 职称（请写明具体名称） | 　 |
| 其他条件 | （请写明是否具有岗位要求的其他条件） |
| 学习工作经历 | 　 |
| 通讯地址 | 　 |
| 引进单位 | 　 | 引进岗位名称 | 　 |
| 本人保证以上信息真实有效。若有虚假或不能按期毕业并获得学历学位证书，引进单位有权不予聘用。 |
| 　 | 　 | 　 | 本人签名： | 　 |
|   |   |   |   |   |
| 注：应届毕业生无需填写参加工作时间、工作单位栏 |