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 | | | | |