附件2：

2019年新邵县中医医院医疗卫生专业技术人才引进报名登记表

报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 |  | | | | 民 族 | | | | |  | 照  片 |
| 出生年月 |  | | | 参加工作时 间 |  | | | | 政治面貌 | | | | |  |
| 籍 贯 |  | | | 成 长 地 |  | | | | 婚姻状况 | | | | |  |
| 身份证号 |  | | | | | | | | 有何特长 | | | | |  |
| 第一学历  毕业院校及专业 | | |  | | 学历层次 | | | |  | | | | | 学位及  证书编号 |  |
| 最高学历  毕业院校及专业 | | |  | | 学历层次 | | | |  | | | | | 学位及  证书编号 |  |
| 现工作单位 | | |  | | | | | | 工作单位  联系方式 | | | |  | | |
| 职务、职称  （技术等级） | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 计算机等级及证书编号 | | 级  证书编号 | | | | 英语等级  及证书编号 | | | | 级  证书编号 | | | | | |
| 档案保管单位 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | 邮政编码 | | | |  | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | 电子邮箱 | | | |  | | | |
| 简  历 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 与引进岗位相关的实践经历或取得的成绩 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 报名人员  承 诺 | | 本人承诺所提供的材料真实有效，符合引进岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考核和聘用资格。  报名人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 引进单位  资格审查  意见 | | 签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 引进单位  主管部门  资格审查  意见 | | 签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 县人社局  审查意见 | | 签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | 县委人才办  审查意见 | | | | 签名（盖章）：  年 月 日 | | | | |

注：1.报名人员必须填写有效地址及固定电话、移动电话并保证电话畅通，否则因联系方式原因影响

考试的，由报名人员本人承担责任。

2.有工作单位的报名人员，现工作单位及联系方式必须填写。

3、本表一式三份。