2020年磐安县人民医院医共体引进人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 政治面貌 |  |
| 报考单位 |  | 岗位名称 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  | 婚姻状况 |  |
| 工作单位 |  | 参加工作时 间 |  |
| 户籍所在 地 |  | 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 家庭住址 |  | 本人联系电 话 |  |
| 家庭主要成员 | 姓名 | 关系 | 政治面貌 | 工作单位 | 职务 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 学习工作简历 |  |
| 报名信息确认 | 本人己仔细阅读浙江省磐安县人民医院医共体2020年度面向全国引进高层次人才和紧缺人才公告及有关资料，承诺所填写的以上个人信息资料真实准确，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。报考人签字：代报人签字：日期： | 引才单位初审意见 | 审核人签字：日期： |
| 医共体牵头单位复审意见 |   年 月 日 |

注：此表须用A4纸打印