附件2

河南省滑县2020年公开引进

第二批高层次和紧缺卫生专业技术人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | | | 民族 | |  | | 照片 |
| 政治  面貌 |  | | 籍贯 |  | | | | 健康  状况 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | | 有无不得报名之情形 | | | |  | |
| 是否全日制普通高等院校毕业 |  | 是否“双一流”或985、211类院校（专业）毕业生 | | |  | | 是否是  “规培生” | | | |  |
| 毕业院校 |  | | | 学历  （学位） | | | |  | | | | 高考录取批次 |
|  |
| 所学专业 |  | | | | | | | 毕业时间 | | |  | |
| 医师资格  证书 |  | | | | | | | 专业技术职务  任职资格 | | | |  |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | 联系电话 | | |  |
| 学习及  工作简历 |  | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺 | 本人郑重承诺：本人完全明白本次人才引进相关规定，本人提交的证件、信息资料、照片等真实有效，如有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  报名人（签名）：  日期:2020年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 资格审查  意 见 | 审查人（签名）： | | | | | | | | | | | |

报考单位： 岗位代码： 是否同意调剂：