附件：

**商丘医学高等专科学校招才引智报名表**

报名序号：                    日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | 姓 名 | XX  | 性 别 |   | 出生年月 |   |  照片   |
|   | 民 族 |   | 政治面貌 |   | 籍 贯 |  |
|   | 本科毕业院校及时间 | XX大学（学院）XXXX年XX月XX日 | 所学专业及学制 | XX专业XX年制  |
|   | 硕士毕业院校及时间 | XX大学（学院）XXXX年XX月XX日 | 所学专业及学制 |  XX专业XX年制  |
|   | 博士毕业院校及时间 |  XX大学（学院）XXXX年XX月XX日 | 所学专业及学制 |  XX专业XX年制  |
|   | 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
|   | 身份证号 |   | 执业资格 |   | 职称 |  |
|   | 外语水平及等级 |   | 婚否 |  | 身高（CM） |  |
|   | 有何特长 |   |
|   | 奖惩情况 |  |
|   | 家庭成员及主要社会关系 | 姓名 |  与本人关系  |  工作单位及职务  |
|   |   |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|   |  |  |  |
|  | 本人简历 |   |
|   | 报名承诺 | 本表所填内容准确无误，所提交的证件和照片真实有效。如有虚假，一经查实，由此产生的一切后果由本人承担。                         报名人签名： |
|  |
|   |
|  | 资格审查意见 |  审查人签名：      |
|   | 注：1.“报名序号”由工作人员统一填写；2、本表正反打印，一式2份。 |