|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2：  2022年北塔区医疗卫生专业技术人员人才引进报名表  引进单位： 引进岗位： 报名序号： | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | | | 民族 |  | | 相片 |
| 出生年月 | |  | | 政治面貌 | |  | | | | 学历学位 |  | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | | | 所学专业 |  | |  |
| 职称、执（职）业资格 | | | | |  | | | | | 取得时间 |  | |
| 户 籍  所在地 | |  | | | 婚姻状况 |  | | | | 档案保  管单位 |  | |  |
| 身份证号 | | |  | | | | | | | 有何特长 |  | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | 邮政编码 |  | |
| 联系电话 | |  | | | | | | E-mail | | |  | | |
| 简历 | |  | | | | | | | | | | | |
| 与招聘岗位相关的实践经历或取得的成绩 | |  | | | | | | | | | | | |
| 应  聘  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，承诺自动放弃考试和聘用资格。**  **报考人员签名：**  **年 月 日** | | | | | | 资  格  审  查  意  见 | | **经审查，符合引进资格条件。**  **审查人签名： 引进单位（章）**  **年 月 日** | | | | |
| 备  注 |  | | | | | | | | | | | | |