附件2

汉滨区妇幼保健院2022年公开招聘

医学类高层次人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考岗位： 联系电话： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | 性别 | | | | |  | | 民族 | | |  | 照片粘贴处 |
| 出生年月 | |  | | 政治面貌 | | | | |  | | 学历 | | |  |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | 学位 | | |  |
| 职称 | |  | | | 取得时间 | | | | |  | | | | |
| 学习经历 | 学历 | 毕业院校 | | | | | | | | | | | 所学专业 | | 起止时间 |
| 本科 |  | | | | | | | | | | |  | |  |
| 硕士 |  | | | | | | | | | | |  | |  |
| 博士 |  | | | | | | | | | | |  | |  |
| 工作简历 | 起止时间 | | | | | | | 工作单位 | | | | | | | 职称（职务） |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  |
| 岗位需要的其它资格获取情况 | 取得时间 | | | | | 名称 | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | | |
| 家庭成员 及主要 社会关系 | 称谓 | | 姓名 | | | | 政治面貌 | | | | | 年龄 | | 工作单位及职务 | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | |  | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | |  | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | |  | |
| 疫情防控 | 健康码、行程码是否为绿色 | | | | | | | | | | | | |  | |
| 本人承诺 | 我已仔细阅读《汉滨区妇幼保健院2022年公开招聘医学类高层次人才公告》，理解其内容，符合报考条件。我郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证件等真实、准确，并自觉遵守公开招聘的各项规定，诚实守信，严守纪律，认真履行报考人员的义务。对因提供有关信息证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应的责任。  报考人员签名：    年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | 审核人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |