附件2：

远安县2023年医疗卫生事业单位引进急需紧缺专业人才报名表

报考单位： 报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | |  | | 出生年月 | |  | 一寸免冠  登记照 |
| 民 族 |  | | | 籍 贯 | |  | | 政治面貌 | |  |
| 专业执业资格 |  | | | | | 专业技  术职称 | |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | 电话号码 | |  | |
| 学 历  学 位 | 全日制  教 育 | |  | | | | | 毕业时间、院校  系及专业 | |  | |
| 在 职  教 育 | |  | | | | | 毕业时间、院校  系及专业 | |  | |
| 简  历 |  | | | | | | | | | | |
| 奖  惩  情  况 |  | | | | | | | | | | |
| 家庭成员情况 | 称 谓 | | 姓 名 | | 出生  年月 | | 政 治  面 貌 | | 工作单位及职务 | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |
| 本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，符合引进公告的报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。    报考承诺人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 招聘工作领导小组资格审查意见 | | 审查人员签字：  年 月 日 | | | | | | | | | |