附件3

新罗区2024年度卫生人才引进报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | 出 生  年 月 | 19\*\*.\*\* | 电子版相片 | |
| 民 族 | |  | | 籍 贯 | |  | | 出生地 |  |
| 入 党  年 月 | | 20\*\*.\*\* | | 健 康  状 况 | |  | | 婚 否 |  |
| 是 否  应 届 | |  | | 身 份 证 号 | |  | | | |
| 学 历 | | 毕业学校及院系 | | | | 专 业 | | | 学 位 | 是否取得执业医师资格 |  |
| 本 科 | | 只填写全日制 | | | |  | | |  |
| 硕士研究生 | | 只填写全日制 | | | |  | | |  | 是否取得全科（住院）医师规范化培训合格证书 |  |
| 博士研究生 | | 只填写全日制 | | | |  | | |  |
| 职称 |  | | | | | 个人档案存放地点 | | |  | | |
| 手 机 | |  | | | | | 报考单位 |  | | | |
| 个  人  简  历 | | （从高中填起） | | | | | | | | | |
| 奖 惩  情 况 | |  | | | | | | | | | |
| 家 庭 主 要 成 员 及 主 要 社 会 关 系 | | 称谓 | 姓名 | | 出生年月 | | | 政治面貌 | 工作单位及职务 | | |
| 配偶 |  | |  | | |  | 填写到村、门牌号 | | |
| 父亲 |  | |  | | |  | 填写到村、门牌号 | | |
| 母亲 |  | |  | | |  | 填写到村、门牌号 | | |
| 公公/岳父 |  | |  | | |  | 填写到村、门牌号 | | |
| 婆婆/岳母 |  | |  | | |  | 填写到村、门牌号 | | |
| 子女 |  | |  | | |  | 填写到村、门牌号 | | |
| 兄弟姐妹 |  | |  | | |  | 填写到村、门牌号 | | |
| 报 名  人 员  承 诺 | | **本人承诺以上所填信息属实，如有不实之处，自愿承担相应责任。一旦被聘用，自愿在新罗完成不少于7年的服务年限，服务年限计算时间从取得执业医师资格并注册后开始计算，全科（住院）医师规范化培训、进修等培训时间不计入服务年限。未满服务年限的取消引进生身份，所获得相关补助经费全额退还，并按补助经费2倍缴纳违约金，其他相关待遇自行终止。**  报名人签名：　 　   年     月    日 | | | | | | | | | |
| 用 人  单 位  资 格  审 核  意 见 | | （盖章）  年     月     日 | | | | | | | | | |
| 主管  部门  复审  意见 | | （盖章）  年     月     日 | | | | | | | | | |

**填表说明（以下不用打印）：**

1、本表用小四号宋体填写，共2页，请勿超出；

2、出生年月、入党年月填写格式为：4位数年份+2位数月份，并用“.”隔开，如：1990.01（日期填写，均按此格式）；

3、民族填写全称，如汉族，蒙古族；

4、籍贯、出生地填写格式为：外省的，省+县，如江苏东海；本省外县的，县+乡镇，如上杭县湖洋镇；新罗区籍的，县+乡镇+村，如新罗区雁石镇岩星村；

5、入党年月填写转为中共预备党员的时间，非中共党员的填写加入党派、团体名称；

6、健康状况填写格式为：健康、一般、较差；

7、毕业学校、院系填写全称，直博的在硕士一栏填写无；

8、个人档案存放地点填写保管单位全称；

9、个人简历从高中入学后开始填写，先填学习经历，后填任职和社会实践经历；

10、获奖情况填写获得的校级及以上奖励，填写格式为：获奖年月+获奖情况（获奖证书）；

11、报名人员承诺一栏，电子版打字填写，纸质版由本人手写签名；

12、照片必须是1寸蓝底彩色免冠照片。电子版报名意向表请直接插入照片，纸质版若为电子版彩色打印则不必粘贴照片；

13、家庭主要成员及主要社会关系的工作单位及职务填写要完整，如务农的，应填写“省+县+乡镇+村务农”，如福建省新罗区雁石镇岩星村务农。