**2024年鄂州市乡镇卫生院定向招聘个人申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | | | 民族 |  |
| 所在单位 | | |  | | | 职称 | |  | | 职务 |  |
| 第一学历 | | |  | 毕业学校及专业 | | | |  | | | |
| 最高学历 | | |  | 毕业学校及专业 | | | |  | | | |
| 参加工作时间 | | |  | | 到本单位工作时间 | | | |  | | |
| 工  作  经  历 |  | | | | | | | | | | |
| 近  5  年  内  发  表  论  文 |  | | | | | | | | | | |
| 近5  年内学术任职 |  | | | | | | | | | | |
| 近5年内科研成果专利等 |  | | | | | | | | | | |
| 从业以来荣获表彰奖励情况 |  | | | | | | | | | | |
| 单位  意见 | 负责人签字: 单位签章:  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 材料真实性保证 | **本人已认真阅读《鄂州市乡镇卫生院定向招聘工作方案》及提交材料要求等，现郑重承诺：所有填写内容及提交材料真实无误，如有不实，愿意承担一切责任和后果。**    本人签名：    年 月 日 | | | | | | | | | | |

注：此表一式两份打印上报（本人签名须手写）。