|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2： |  |  | | |  | | |  | |  |  | | 编号： | | |
| 海勃湾区2024年卫生健康系统专业技术人才引进申报表 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报考岗位 |  | | 报考单位 | | | |  | | | | | 是否服从安排 | | |  |
| 姓名 |  | 性别 | | |  | | | 民族 | |  | | | | 照片 | |
| 出生年月 |  | 政治面貌 | | |  | | | 入党时间 | |  | | | |
| 全日制学历 |  | 全日制学历毕业院校及专业 | | |  | | | 毕业时间 | |  | | | |
| 最高学历 |  | 最高学历毕业院校及专业 | | |  | | | 毕业时间 | |  | | | |
| 户籍所在地 |  | | | | | | | 身份证号码 | |  | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人联系电话 | 电话1： | | | | | | | 电话2： | | | | | | | |
| 最高职称 |  | | | 人事档案存放处 | | |  | | | | | | | | |
| 个人简历（从高中填起，写清所有学习工作经历，各段经历时间要前后衔接、不得空断、时间填写至今） |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格  审查  意见 | 审核人签字：  年 月 日 | | | | | 资格  审查  意见 | | | 审核人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 本人签字 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 注：考生必须认真阅读简章，如实填写上述内容，如填报虚假信息，取消引进资格。如因误填信息、不能提供相关材料原件而出现影响报名、资格审查、考核、引进等情况的、一切责任由考生本人负责。 | | | | | | | | | | | | | | | |