附件2

**开江县2021年部分医疗卫生事业单位引进人才报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **报考单位** |  | **报考岗位名称** |  | **职位代码** |  | **照****片****（蓝底寸照）** |
| **姓名** |  | **性别** |  | **民族** |  |
| **出生年月** |  | **籍贯** |  | **现户****籍地** |  |
| **身份证号** |  | **婚姻状况** |  | **政治****面貌** |  |
| **毕业院校** |  | **毕业时间** |  | **所学专业** |  |
| **学历** |  | **学位** |  | **健康状况** |  |
| **工作单位及职务** |  |
| **参工时间** |  | **专业技术资格** |  | **专业特长** |  |
| **通讯地址及邮编** |  | **联系方式** |  |
| **学习、工作经历（何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从高中开始，按时间先后顺序填写）** |  |
| **学术成果贡献、特长及突出业绩** |  |
| **家庭成员及主要社会关系（填写姓名、与本人关系、政治面貌、工作单位及职务）** |  |
| **担任校、院班干部****情况** |  |
| **何时何地受过何种奖励或处分** |  |
| **本****人****承****诺** | **本人所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料、照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。****本人签名： 年 月 日** |
| **资****格****审****核****意****见** | **审核人签名： 年 月 日** |