附件3

2022年齐河县卫生健康系统引进优秀青年人才报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 出生年月 | | |  | | |  | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | |
| 政治面貌 |  | | 学历及  学位 |  | | 民族 | | |  | |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 | |  | | | | |
| 所学专业 |  | | | 现工作单  位 | |  | | | | | | | |
| 报考单位 |  | | | 报考岗位 | |  | | | | 是否服从调剂 | |  | |
| 现家庭地址 |  | | | 联系电话  联系人电  话 | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 户口所在地 |  | | | 电子邮箱 | |  | | | | | | | |
| 本人简历 （自专业学校填  起） | **年月** | | | | | **所在单位或学校** | | | | | | | **职务** |
|  | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | |  |
| 曾获得荣誉及爱  好特长 |  | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员 | **称谓** | **姓名** | | | | | **工作单位及职务** | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | |
| 承诺：本人符合报名条件要求，在报名表中填报的信息真实、准确。所提供的学历证书等相关证 件均真实有效。如有弄虚作假或填写错误，由本人承担一切后果，并自愿接受有关部门的处理。  本人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 资格审查人员（签字）： 复核人签字： | | | | | | | | | | | | | |