附件2

**孝南区2023年公立医院备案制人才引进报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 性别 | | |  | | 出生年月 | |  | | | 一  寸  照  片 |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | | | 政治面貌 | |  | | |
| 学 历 | | |  | | | | 毕业时间 | | |  | | 学位 | | |  |
| 毕业院校及专业 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 专业技术资格 | | |  | | | | | | | | 取得时间 | | |  | | |
| 引进单位 | | |  | | | | | | | | 岗位名称 | | |  | | |
| 岗位代码 | | |  | | | | | | | | 联系方式 | | |  | | |
| 学习、工作简历（从大学写起） |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员及主要社会关系情况 | 称 谓 | | | 姓 名 | | | | 出生年月 | | | 工作单位及职务 | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | | | | |
| 本人声明 | 本表填写内容及提交的相关报名资料真实准确有效，符合引进公告的报名条件，否则，本人自愿承担一切后果和责任。  报名人员签名: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格审核意见 | ①符合报名资格。（请在括号内打“√” ） （ ）  ②不符合报名资格。（请在括号内打“×”） （ ）  审核人签字：、  　　　　　　　 　 年 　 月 　日 | | | | | | | | | | | | | | | |