附件2：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 满洲里市2023年卫生健康系统事业单位 引进人才报名表 | | | | | | | |
| 报名单位主管部门 |  | | | | | | 2寸彩色免冠照片 |
| 报名单位及岗位类别 |  | | | | | |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  |
| 身份证号码 |  | | | 民族 | |  |
| 政治面貌 |  | | | 出生日期 | |  |
| 联系电话 |  | | | 电子邮箱 | |  | |
| 全日制教育 | 学历 |  | | 毕业院校、专业及毕业时间 | |  | |
| 学位 |  | |
| 在职教育 | 学历 |  | | 毕业院校、专业及毕业时间 | |  | |
| 学位 |  | |
| 专业技术资格名称 |  | | | 资格级别 | |  | |
| 现户籍所在地 |  | | | 现工作单位 | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | | |
| 简历 （从高等教育阶段 填起） |  | | | | | | |
| 本人承诺：  我承诺，以上信息真实正确，本人符合报名岗位引进条件，若有弄虚作假行为，自愿放弃引进资格。  承诺人签字： | | | 用人单位审核意见  审核人签字：    （单位盖章） 年 月 日 | | 主管部门审核意见  审核人签字：    （单位盖章） 年 月 日 | | |