**附件2**

**云南省滇东北区域中心医院公开引进高层次专业**

**技术人才报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 云  个  人  基  本  情  况 | 姓名 |  | | 性别 |  | 民族 | |  | 照  片 |
| 籍贯 |  | | 出生年月 |  | 婚姻状况 | |  |
| 政治面貌 |  | | 身份证号 |  | | | |
| 毕业院校 |  | | 学历 |  | 学位 | |  |
| 专业 |  | | | 联系电话 |  | | |
| 报考岗位 |  | | | 参加工作时间 | | |  | |
| 取得的专业技术职称及时间 | | | |  | | | | |
| 现工作单位及工作年限 | | |  | | | | | |
| 家庭住址 | | |  | | | | | |
| 家  庭  成  员 | 姓名 | 关系 | 年龄 | 所在单位及部门 | | | | | 职务 |
|  |  |  |  | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | |  |
| 教  育  经  历 | 起止日期 | | | 所获学历（从高中开始） | | | 毕业学校 | | 所学专业 |
|  | | |  | | |  | |  |
|  | | |  | | |  | |  |
|  | | |  | | |  | |  |
|  | | |  | | |  | |  |
|  | | |  | | |  | |  |
| 工  作  经  历 | 起止日期 | | | 工作单位 | | | 所在部门 | | 担任职务（职称） |
|  | | |  | | |  | |  |
|  | | |  | | |  | |  |
|  | | |  | | |  | |  |
|  | | |  | | |  | |  |
| 工  作  实  绩 |  | | | | | | | | |
| 表  彰  及  所  获  奖  励 |  | | | | | | | | |
| 报考本人承诺  签名 | 本人承诺：真实、准确、完整、及时地提供本人信息及相关证明材料；不弄虚作假，不伪造不使用假证明、假照片、假证书；保证符合引进通告中要求的资格条件；在资格审核时提供符合报名条件的证明，同时保证在考察前符合录用条件。  对违反以上承诺所造成的后果，本人自愿承担相应责任。  签名：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 引进单位审核意见 | 单位 （盖 章）  　　　　　　　　　　　　　　 年 月 日 | | | | | | | | |
| 市卫生健康委员会审核意见 | 单位 （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 市人力资源和社会保障局审核意见 | 单位 （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | |

**注：1.邮件发送至邮箱：ddbrlzy@126.com；**

**2.名称统一为“××（姓名）××（专业方向）××（现有最高专业技术职称）”。**