**伊川县总医院高层次人才引进报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名**\*** |  | | 性　　别**\*** |  | | 出生日期**\*** | |  | |  | |
| 民　　族**\*** |  | | 政治面貌**\*** |  | | 婚姻状况**\*** | |  | |
| 籍 贯**\*** |  | | 家庭住址 |  | | | | | |
| 工作年限 |  | | 外语及水平 |  | | 身 高**\*** | |  | |
| 第一学历**\*** |  | | 最高学历**\*** |  | | 体 重**\*** | |  | |
| 身份证号**\*** | | |  | | | | | 手　　机**\*** | |  | |
| 紧急联系人/联系方式 | | |  | | | | | 电子邮箱**\*** | |  | |
| 培训经历 | | |  | | | | | | | | |
| 受教育情况（请从高中教育填起） | | | | | | | | | | | |
| **开始/结束时间\*** | | 学 校**\*** | | | 专业**\*** | | 学历**\*** | | 学位**\*** | | 是 否  全日制**\*** |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  |
| **申明：**   1. 本人认可并郑重承诺：本人所填写的个人信息及提交的应聘材料均真实有效，如有虚假，愿意承担由此引起的一切责任。   2、本人授权贵单位对本人所提供的信息进行核实。  **本人签名：**    年 月 日 | | | | | | | | | | | |