附件 2

夏邑县妇幼保健院2023年引进高层次人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 出生年月 |  | | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | | 政治面貌 |  | |
| 学 历 |  | | 学 位 | | |  | |
| 毕业院校及 专业 |  | | | 毕业时间 | | |  | |
| 现工作单位 |  | | | 参加工作时间 | | |  | |
| 联系电话 |  | | | 职称等级 | | |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | |
| 简 历  (填写大学学习及 工作经历） |  | | | | | | | |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若 有虚假， 所产生的一切后果由本人承担。  报名人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | |
| 应聘单位 |  | | | 应聘岗位代码 | | |  | |
| 资格审查  意见 | 审查人签名： | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | |

填表日期： 年 月 日

注：1、本表一式 2 份。

2、审核意见由负责资格审查的工作人员填写外，其它项目均由报考者填写。 3、每份表格贴 1 张近期免冠一寸照片，照片背面须写上报考者姓名。