附件2：

**界首市人民医院2024年公开引进研究生报名表**

岗位代码：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号 |  | | 籍贯 |  | |
| 学历 |  | 学位 |  | 学制 |  |
| 所学专业 |  | | | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | | | | 学信网在线验证码 |  |
| 现工作单位 |  | | | | 参加工作时间 |  |
| 家庭住址 |  | | | | 联系电话 |  |
| 专业技术职称 | |  | | | 取得时间 |  |
| 是否界首市医疗卫生单位在编人员 | |  | | | 执业资格 |  |
| 本人简历 | 起始年月 | 终止年月 | 在何单位、任何职（从高中阶段填起） | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  |  | | | |
| 诚信承诺 | 本人承诺以上所填写内容真实、有效，如弄虚作假，后果自负。  考生签名： 年 月 日 | | | | | |
| 资格审查 | 资格审核意见：  审查人签名：  年 月 日 | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |

说明：专业技术职称：指执业（从业）等资格证名称及等级。