附件2

2024年鄂伦春自治旗事业单位公开引进卫生专业技术人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | （近期2寸正面免冠蓝底照片） |
| 出生年月 |  | 入党时间 |  | 户籍所在地 |  |
| 报名岗位 |  | 职称 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 联系电话 |  | 备用联系人及电话 |  |
| 联系地址 |  | 现工作单位及职务 |  |
| 身份证号 |  | 是否在编人员 |  |
| 工作简历 | （注：从高中或中专时开始填起，起止时间到月，前后要衔接，不得间断） |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
| 直系亲属 | XX | 19XX.XX |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人承诺 | 本人已详细阅读了公告的相关要求，保证填报资料真实准确，如因个人原因填报失实或不符合引进条件而被取消资格的，自愿被记入诚信档案，后果由本人负责。  本人签字：  年 月 日 |
| 审核意见 | 经初步审核，符合报名资格条件。审核人签字： 年 月 日 |

说明：A4纸双面打印，一式两份。