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。