附件2

**2024年青田县卫生高层次人才引进报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 | |  | | | | | | | 一  寸  近  照 |
| 性 别 |  | 出生年月 | |  | | 民 族 | |  | | |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 | |  | | 户籍或生源所在地 | |  | | |
| 全日制学历、学位 |  | 毕业院校、专业、时间 | |  | | | | | | | |
| 在职学历、学位 |  | 毕业院校、专业、时间 | |  | | | | | | | |
| 卫生专业技术资格 |  | 住培专业 |  | | | | 联系电话 | | |  | |
| **报考单位** |  | | | | **报考岗位** | | | |  | | |
| 学习、 工作简历  (必填) | （从大、中专院校学习时填起，简历的起止时间填到月，前后要衔接，不得空断） | | | | | | | | | | |
| 报名人郑重承诺 | 以上情况及提供的报名材料均属真实，若有隐瞒、虚报、欺骗、作假等行为，本人愿意承担一切法律后果和责任。  报考人员（签字）： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 招聘单位意见 | 审核人：  复核人：  年 月 日 | | | | | | | | | | |