附件2：

2023年无为市人民医院卫生人才引进报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照 片 |
| 出生地 |  | 政治面貌 |  | 入党时间 |  |
| 专业技术职称 |  | 取得时间 |  | 婚否 |  |
| 健康状况 |  | 现从事专业 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号码 |  |
| 全日制初始学历、学位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 全日制最高学历、学位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 规范化培训专业 |  | 规范化培训合格证取得时间 |  |
| 工作单位及职务 |  |
| 参加工作时间 |  | 在编/编外 |  |
| 报考岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 个人简历（从高中学习起） | 年 月至 年 月 | 在何学校、单位学习或工作 | 证明人 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 奖惩情况 |  |
| 应聘人员签名 |  本报名表所填内容准确无误，所提交的信息和照片真实有效。如有虚假,本人愿承担由此产生的一切后果。 应聘人签名： |
| 审查意见 | 签 名： 年 月 日 |

说明：1.请报考者认真阅读《人才引进公告》后如实准确填写。报考者隐瞒有关情况或提供虚假

材料的，由聘用主管机关取消其考试或聘用资格，并按有关规定严肃处理。