附件2

华蓥市2024年上半年卫健系统引进急需紧缺专业高层次人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | 性 别 | |  | | 出生年月 | | |  | | 2寸彩色照片（电子照片） |
| 民 族 | | |  | | 籍 贯 | |  | | 出 生 地 | | |  | |
| 政治面貌  （入党时间） | | |  | | 参加工作时间 | |  | | 健康状况 | | |  | |
| 最高学历 | | |  | | 专业技  术职称 | |  | | 婚 姻  状 况 | | |  | |
| 学位 | | |  | | 毕 业专 业 | |  | | | | | | |
| 取得何种卫技资格证书 | | | | | 如：主任医师证书、主治医师证书 | | | | | | | | | |
| 现工作单位及职务 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 身份证号 | | | | |  | | | | | | 联系电话 | |  | |
| 报考岗位 | | | | | （填写报考单位及具体岗位，每人限报考1个岗位，多填无效。如华蓥市人民医院外科学、华蓥市人民医院内科学等） | | | | | | | | | |
| 身份性质 | | | | | □公务员 □事业单位人员  □应届毕业生 □其 他 | | | | | | | | | |
| 教育经历（从大学本科填起） | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | | 学历 | | 毕业院校 | | | 专业、研究方向 | | 获奖情况（包括奖学金、主要学术成果、科研项目等） | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | |  | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | |  | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | |  | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | |  | | | | |
| 学生团体或主要社会实践经历（限应届毕业生填写） | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | | 社团或单位名称 | | 职位 | | | 职责或主要业绩 | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | | | | | | |
| 工作经历（限非应届毕业生填写） | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | 工作单位 | | | | 职务及主要业绩 | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系 | | | | | | | | | | | | | | |
| 关系 | 姓名 | | | 工作单位 | | | | 职位职务 | | | | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | | | |
| 资格审查意见 | （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | 备注：  1．填写内容必须真实有效，否则后果自负；  2．联系电话务必填写准确，保持畅通。 | | | | | | |