**附件2**

**2024年金堂县卫生健康局所属事业单位**

**公开引进高层次卫生人才报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 照片 |
| 性 别 |  | 出生年月（岁） |  | 政治面貌 |  |
| 民族 |  | 毕业院校 |  | 学历 |  |
| 毕业时间 |  | 所学专业 |  | 学位 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位（代码） |  |
| 现工作单位 |  | 现工作职务 |  |
| 户口所在地 |  | 档案存放地 |  |
| 家庭详细地址 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历（从进大学时填起，工作经历） | 起止时间 | 单位 | 职 务 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 专业技术 资格证情况 |  | 规培情况 |  |
| 获奖情况 | 名 称 | 发证单位 | 发证时间 | 奖励层次 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 有何特长 |  |
| 本人承诺 | 本人以上所填内容属实，不含虚假成分，如弄虚作假，造成的损失由本人自行承担。报考者签名： 年 月 日 |
| 资格审查意见 |  **签字：** |