附件 2

广州市花都区卫生系统公立医疗卫生机构

引进高层次人才报名表

姓名

联系电话（办公）（手机）

单位

年月 日

填写说明

一、封面

**（一）单位**

一般指本人现所在单位。

**（二）联系电话**

指申报人联系电话，请同时填写办公电话和手机号码，保证联系畅通。

二、申报表正文

**（一）照片**

为近期小两寸正面免冠证件照。可以是胶质照片，也可以是直接打印的照片。

**（二）身份证件类别、证件号码**

指居民身份证件及其号码。

**（三）最高学历（学位）毕业院校及专业**

请填写申报人所获最高学历（学位）的毕业院校、专业及学位的全称。

**（四）工作单位及职务**

指本人目前工作关系所在单位及其现任职务。

**（五）教育经历和工作经历**

请按照从往至今的时间顺序，简要、完整描述本人的教育和工作经历。每一段经历均应有明确的起始和终止日期，具体到月份。教育经历从大学本科填起。请写清楚每阶段经历的所在国家、院校、专业、学位。工作经历请写清楚每阶段经历的所在国家、单位、职务。

**（六）本人承诺**

本人亲笔签字作为承诺。请勿空缺，请勿由他人代签。

一、基本情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 出生日期 | 年 月 日 |
| 出生地 |  | 户籍 |  |
| 身份证件类别 |  | 证件号码 |  | |
| 电话/手机 |  | 电子邮箱 |  | |
| 通信地址 |  | 邮政编码 |  | |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  | |
| 毕业院校 |  | 从事专业 |  | |
| 专业技术职称或现任职务 |  | 教学职称 |  | |
| 工作单位及职务 |  | 意向单位 |  | |
| 是否服从分配 是□  否□ | |
| 所属类别 | （符合《花都区公立医疗卫生机构高层次卫生人才队伍建设及管理的实施办法（试行）》专业条件类别）  第一类（）第二类（）  第三类（）第四类（）第五类（） | | | |
| 教育经历  （从本科填起） | 起止时间院校专业学位 | | | |
| 工作经历 | 起止时间工作单位及任职情况 | | | |

二、主要学术成果

**1. 承担科研项目**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 | 时间 | 项目编号 | 批准立项部门 | 排名及职责 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**2. 获得科技奖励项目**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 | 时间 | 等级 | 授奖部门 | 排名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**3. 担任重点学科带头人和博士研究生导师、科主任等**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 | 时间 | 等级 | 立项部门 | 职责 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

三、参加省级及以上学术团体名称及任职情况(包括国内国外)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 | 等级 | 时间 | 职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

四、其他专业技能或特殊贡献情况（如在疑难危重病的诊断治疗方面能力突出、同行认可度高，或在疾病预防控制方面作出较大贡献、有一定知名度，得到社会和群众广泛好评的优秀专业技术人才）

|  |
| --- |
|  |

五、本人承诺：

|  |
| --- |
| 上述各项中所提供的情况真实无误。并承诺执行《花都区公立医院卫生机构高层次卫生人才队伍建设及管理的实施办法（试行）》相关规定。  申请人签字：  日期： |