附件2

2018年通川区引进医疗卫生类高层次人才报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  | 照  片  （电子档寸照） |
| 民 族 |  | | 籍贯 |  | 出 生 地 |  |
| 政 治  面 貌 |  | | 参加工  作时间 |  | 健康状况 |  |
| 婚 姻  状 况 |  | | 专业技  术职务 |  | 专业特长 |  |
| 就读（毕业）  院（系）及专业 | | |  | | | | |
| 工作单位及职务 | | |  | | | | |
| 意向单位（职位） | | |  | | | | |
| 联系方式 | | | （联系电话务必填写准确，保持畅通。） | | | | |
| 简 历 及 学 术 成 果 贡 献 | |  | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系 | |  | | | | | |
| 何时何地受过何种奖励处分 | |  | | | | | |
| 本  人  承  诺 | | 本人所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料、照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  本人签名： 年 月 日 | | | | | |
| 资  格  审  核  意  见 | | 年 月 日 | | | | | |