附件2

|  |
| --- |
| 2018年新津县医疗卫生事业单位公开引进高层次专业技术人才报名表 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月（岁） |  | 照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 出生地 |  |
| 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 专业技术职务 |  | 熟悉专业有何专长 |  |
| 学历 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 学位 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  | 通讯地址 |  |
| 报考单位名称 |  | 报考岗位 |  |
| 参加学术团体及任职情况 |  | 参加民主党派及任职情况 |  |
| 身份证号 |  |
| 简历 | 从高中填写至今 |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 获奖情况 |  |
| 学术及专业（技能）水平简述 |  |
| 个人情况及意向 | 现工作单位 |  |
| 现任职务职称 |  |
| 何时可以到位工作 |  | 其他 |  |
| 本人已全文阅读本次《引进人才实施方案》并保证以上信息均为真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。考生（签名）：代报人（签名）： |
| 用人单位审查意见 | 审查人（签名）：年月日 | 县卫计局审查意见 | 复核人（签名）：年月日 |