**伊川县总医院高层次人才引进报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名**\*** |  | 性　　别**\*** |  | 出生日期**\*** |  |  |
| 民　　族**\*** |  | 政治面貌**\*** |  | 婚姻状况**\*** |  |
| 籍 贯**\*** |  | 家庭住址 |  |
| 工作年限 |  | 外语及水平 |  | 身 高**\*** |  |
| 第一学历**\*** |  | 最高学历**\*** |  | 体 重**\*** |  |
| 身份证号**\*** |  | 手　　机**\*** |  |
| 紧急联系人/联系方式 |  | 电子邮箱**\*** |  |
| 培训经历 |  |
| 受教育情况（请从高中教育填起） |
| **开始/结束时间\*** | 学 校**\*** | 专业**\*** | 学历**\*** | 学位**\*** | 是 否全日制**\*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **申明：**1. 本人认可并郑重承诺：本人所填写的个人信息及提交的应聘材料均真实有效，如有虚假，愿意承担由此引起的一切责任。

2、本人授权贵单位对本人所提供的信息进行核实。**本人签名：**   年 月 日 |