附件2：

**开封市人民医院**

**2024年高层次人才报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 学历（学位） |  | 职称（资格证书） |  | 毕业时间 |  |
| 岗位代码 |  |  |  |
| 工作单位 |  | 身份证号 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 本人简历 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 报名人承诺 |  本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有虚假，本人愿承担由此产生的一切后果。 报名人签名： |
| 资格审查意见 |   审查人签名：  审查人签名： |