|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 包头市卫生健康委员会  直属医院2024年人才引进报名登记表 | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | 性别 | | |  | 出生年月 | |  | | | 近期免冠  彩色照片  （2寸） |
| 民族 |  | | | 籍贯 | | |  | 婚姻状况 | |  | | |
| 政治  面貌 |  | | | 联系电话 | | | |  | | | | |
| 电子  邮箱 |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭  住址 |  | | | | | | | | | | | | |
| 第一学历学 位 |  | | | | 毕业院校  系及专业 | | |  | | | | | |
|  | | | |
| 最高学历学 位 |  | | | | 毕业院校  系及专业 | | |  | | | | | |
|  | | | |
| 个人简历  （从高中填写） |  | | | | | | | | | | | | |
| 专业技术资格或  职业能力资格 | | |  | | | | | | 取得时间 | | |  | |
| 家庭  主要成员  （父母、配偶、子女） | 称谓 | | 姓名 | | | 年龄 | | | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | | |
| 获  奖  情  况 |  | | | | | | | | | | | | |
| 发表论文、专著情况 |  | | | | | | | | | | | | |
| 工作  情况  （已参加工作的填写） | 现工作  单位 |  | | | | | | | | | | | |
| 现任职务职称 |  | | | | | | | | | | | |
| 所在单位意见 | （单位公章） | | | | | | | | | | | |
| 本人已详细阅读人才引进相关信息，并保证以上信息均为真实情况，如有不实，本人愿承担一切法律责任。  申请人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 审  核  意  见 | 审核人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 备  注 |  | | | | | | | | | | | | |

本表正反面打印，一式两份。