|  |
| --- |
| 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。