附件二：

**市直公立医疗卫生单位优秀卫生技术人员引进报名表**

报考单位： 岗位： 报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生  年月 |  | | | 贴相片处  （资格初审时贴） |
| 参加工  作时间 |  | 执业资格证 | 名 称 |  | | | |
| 证书号码 |  | | | |
| 专业技  术职称 |  | 国家住院医师  规范化培训证 | 证书号码 |  | | | |
| 取得时间 |  | | | |
| 毕业院校 |  | | 所学  专业 |  | 毕业时间 | |  |
| 现工作  单位 |  | | 编制情况 |  | | 身份证号码 | |  |
| 工作简历 (从大学期间填起) |  | | | | | | | |
| 主要荣誉奖励(名称及获得时间) |  | | | | | | | |
| 我已仔细阅读衡阳市市直公立医疗卫生单位优秀卫生技术人员引进公告，理解其内容。我郑重承诺：本人所填报的所有信息真实准确有效，符合报考岗位所需的资格条件，并自觉遵守人才引进各项规定，诚实守信，严守纪律，认真履行应聘人员的义务。对因所填报信息不实或违反有关纪律规定或电话电子邮件联系不上所造成的后果，本人自愿承担相应责任。  应聘人签名： 联系电话：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 资格  初审  意见 | 初审人签名：  年 月 日 | | | 资格  复审  意见 | 复审人签名：  年 月 日 | | | |