**2023年公开招聘高层次卫生人才报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |  |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  |
| 生源地 |  | 家庭住址 |  |
| 第一学历、学位、专业 |  | 第一学历毕业学校及毕业时间 |  |
| 最高学历、学位、专业 |  | 最高学历毕业学校及毕业时间 |  |
| 职称资格 |  | 资格取得时间 |  | □有相应聘书🗆无相应聘书 |
| 现工作单位及科室 |  | 联系方式 | 手机 |  |
| 邮箱 |  |
| 现任职务 |  | 是否事业单位在编 | □是□否 | 身份证号码 |  |
| 家庭情况 | □未婚□已婚 | 子女情况 | □未育□已育1孩□已育2孩□2孩以上 | 配偶姓名及工作单位 |  |
| 报考岗位： |  |
| 个人经历（含教育、工作） | 年月至年月 | 在何单位工作（实习） | 任何职 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 科研论文情况 |  |
| 应聘人员承诺签名 | 上述填写内容和提供的相关依据真实、有效，符合招聘岗位所需的报考条件。如有不实，本人自愿放弃考试和聘用资格。应聘人： 年 月 日 |
| 资格审查意见 | 审查人： 负责人： （盖章）年 月 日 |