附件2

**孝南区2023年公立医院备案制人才引进报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 一寸照片 |
| 身份证号码 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 毕业时间 |  | 学位 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 专业技术资格 |  | 取得时间 |  |
| 引进单位 |  | 岗位名称 |  |
| 岗位代码 |  | 联系方式 |  |
| 学习、工作简历（从大学写起） |  |
| 家庭主要成员及主要社会关系情况 | 称 谓 | 姓 名 | 出生年月 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本人声明 | 本表填写内容及提交的相关报名资料真实准确有效，符合引进公告的报名条件，否则，本人自愿承担一切后果和责任。 报名人员签名: |
| 资格审核意见 | ①符合报名资格。（请在括号内打“√” ） （ ）②不符合报名资格。（请在括号内打“×”） （ ）　 审核人签字：、 　　　　　　　 　 年 　 月 　日 |