|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2：** |  |  |  |  |
| 2024年满洲里市卫生健康委员会事业单位引进人才报名表 |
| 报名单位主管部门 | 　 | 2寸彩色免冠照片 |
| 报名单位及岗位类别 | 　 |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 |
| 身份证号码 | 　 | 民族 | 　 |
| 政治面貌 | 　 | 出生日期 | 　 |
| 联系电话 | 　 | 电子邮箱 | 　 |
| 全日制教育 | 学历 | 　 | 毕业院校、专业及毕业时间 | 　 |
| 学位 | 　 |
| 在职教育 | 学历 | 　 | 毕业院校、专业及毕业时间 | 　 |
| 学位 | 　 |
| 专业技术资格名称 | 　 | 资格级别 | 　 |
| 现户籍所在地 | 　 | 现工作单位 | 　 |
| 家庭住址 | 　 |
| 简历（从高等教育阶段 填起） |  |
| 本人承诺： 我承诺，以上信息真实正确，本人符合报名岗位引进条件，若有弄虚作假行为，自愿放弃引进资格。  承诺人签字：(签字、手印) 年 月 日 | 单位审核意见 | 审核人签字：  （单位盖章） 年 月 日 |