附件2

2025年乌海市卫健系统人才引进

报名审核登记表（第一批）

报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照 片 |
| 出生日期 |  | 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 联系方式 |  | 身份证号 |  |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  | 最高学历毕业时间 |  |
| 参加工作时间 |  | 工作单位 |  | 工作单位是否同意报考 | 是/否 |
| 现户籍所在地 |  | 家庭住址 |  | 平均学分绩点班级排名（排名/班级总人数） |  |
| 大学阶段学制 |  | 大学阶段毕业院校及专业 |  |
| 研究生阶段学制 |  | 研究生阶段毕业院校及专业 |  |
| 个人简历 | 2016.09—2020.07 ×××大学×××学院×××专业学习（本科，学制  4年）2020.07—2021.09 待业2021.09—2024.07 ×××大学×××学院×××专业学习（研究生，学 制3年）2024.07— 至今 ×××公司×××部门×××岗位职员（简历从大学本科阶段填写，写清楚所有工作学习阶段经历，各阶段经历时间要前后衔接） |
| 担任学生干部情况 | 大学入学以来，XX年XX月-XX年XX月、何级别、名称 |
| 奖惩情况 | 大学入学以来，何时、何级别、名称 |
| 家庭成员及主要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  | 已去世或已退休人员应在单位和职务后注明 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 院校（工作单位）推荐意 见 | （盖 章） 年 月 日 |
| 资格审查意见 |  审核人： 年 月 日 |

此表需正反双面打印。