附件2：

2024年德清县卫生健康系统

高层次医疗卫生人才引进报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照 片 |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  | 入党时间 | 年 月 |
| 初始学历/学位 |  | 毕业院校（学习形式）及专业 |  |
| 最高学历/学位 |  | 毕业院校（学习形式）及专业 |  |
| 专业技术职称 |  | 任职时间 |  | 现从事专业 |  |
| 健康状况 |  | 婚 否 |  | 身份证号码 |  |
| 联系手机 |  | 电子邮箱 |  |
| 工作单位及职务 |  | 是否持有规范化培训证书 |  |
| 参加工作时间 |  | 原单位性质及等级 |  |
| 引进单位和岗位（限填报1个） |  |
| 个人简历（从高中学习起） | 年 月至 年 月 | 在何学校、单位学习或工作 | 证明人 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 论文发表（论文名称、刊物名称、年份、卷期） |  |
| 科研项目（项目名称、立项文件） |  |
| 授权专利（专利证书） |  |
| 奖惩情况 |  |
| 应聘人员承诺 |  本报名表所填内容准确无误，所提交的信息和照片真实有效。如有虚假,本人愿承担由此产生的一切后果。应聘人员签名：年 月 日 |
| 资格审核意见：审核人签名：年 月 日 |

**注：1.报名表正反面打印。**

**2.请提供相关证书等佐证材料。**