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。**