附件2

宁远县2025年卫健系统引进第二批急需紧缺专业人才

报 名 表

报考单位： 报考职位： 职位代码：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | 出生地 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 参加工作 年月 |  | 人事档案保管单位 |  |
| 专业技术职务（职称） |  | 健康状况 |  |
| 第一学历毕业院校及专业 |  | 学历层次 |  | 学位 |  |
| 最高学历毕业院校及专业 |  | 学历层次 |  | 学位 |  |
| 联系方式 | 通信地址 |   | 邮编 |  |
| 家庭住址 |  |
| 电子信箱 |  | 手机 |  | 固定电话 |  |
| 学习经历（自高中起填写） | （按起始时间、毕业学校、专业、学历及学位顺序填写，可注明期间担任的主要职务） |
| 工作经历 | （按起始时间、工作单位、岗位、担任职务顺序填写） |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人承诺 | **本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料、照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。** 报名人（签名）： 年 月 日 |
| 用人单位资格初审意见 |   （盖章）  年 月 日 |
| 县卫健局、县人社局资格复审意见 |    （盖章）  年 月 日 |

本报名表双面打印，一式一份。