附件2

岳池县2025年下半年卫生健康

系统引进急需紧缺专业人才报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 出生地 |  |
| 政治面貌 |  | 毕业时间 |  | 参工时间 |  |
| 专业技术职务 |  | 专业专长 |  |
| 学历学位 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 身份证号码 |  |
| 联系地址 |  |
| 有效联系电话及邮箱 |  |
| 职位编码 |  |
| 岗位名称 |  |
| 学习及工作简历 |  |
| 本科及研究生阶段所学主要课程 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 关系 | 姓名 | 工作单位 | 职位职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 何时何地受过何种奖励或处分 |  |
| 所在单位党组织意见 |     |
| 资格审查意见 |  （盖 章）年 月 日 | 备注：1.填写内容必须真实有效，否则后果自负；2.联系电话务必填写准确，保持畅通。 |