附件1：

高层次卫生人才引进报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生 年月 |  | 最高学历 |  | 籍贯 |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | 健康状况 |  |
| 工作单位及等级 |   | 专业技术职称 |  |
| 职务 |  |
| 学位学历 | 全日制教 育 |  | 毕业院校及 专 业 |  | 毕业时间 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校及 专 业 |  | 毕业时间 |  |
| 通讯地址 |  | 联系 电话 |  |
| 学习工作简历 |  |
| 家庭成员情况 | 姓名 | 关系 | 所在单位 | 职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 科研项目及其他获奖情况 |  |
| 本人承诺 |   本人承诺参加应聘填写的信息和提供资料真实准确，如报名信息不全或与实际情况不一致，本人自愿承担因此产生的后果和损失，如被聘用服务不低于五年。 应聘人员签名： 年 月 日 |
| 资格审核意见 | 初审人： 复审人： 年 月 日 |