附件：

**2023年度大同市第五人民医院博士引进报名登记表**

**报考岗位名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | 贴照片处  （一寸红底） |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 户籍地 | |  |
| 毕业院校 |  | | 学历学位 |  | | |
| 所学专业 | （一级学科） | | 专业方向 | | （二级方向） | | |
| 毕业时间 |  | | 身份证号 | |  | | |
| 现档案 存放地 |  | | 是否已签订聘用或劳动合同（含劳务派遣合同）并缴纳社会保险 | | | |  |
| 手机号码 |  | | 电子邮箱 | |  | | |
| 本人职称 |  | | 个人特长 | |  | | |
| 学习  工作  简历  （从本科填起） | 起止时间 | | 学习/工作单位 | | | | 职 务 |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
| 科研  实习  实践  经历 |  | | | | | | |
| 本人  学术  成果 |  | | | | | | |
| 获得  技能  证书  情况 |  | | | | | | |
| 获得  荣誉  表彰  情况 |  | | | | | | |
| 本人承诺： 以上填写内容真实准确，如有弄虚作假情况，一经查实，同意用人单位取消本人录用资格。  报考人签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 备注：此表要求用A4纸正反面打印，一式一份。 | | | | | | | |