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。 |