附件2

2024年曲阜市卫生健康局所属事业单位

急需紧缺人才引进报名登记表

报考单位: 岗位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生  年月 |  | 民族 |  | 照  片 |
| 户籍  所在地 |  | 政治  面貌 |  | | | 家庭 住址 |  | |
| 身份证号 |  | | | | 联系电话 |  | | |
| 本科毕业院校、专业 |  | | | | 学位 |  | | 毕业时间 |  |
| 研究生毕业院校、专业 |  | | | | 学位 |  | | 毕业时间 |  |
| 是否取得  执业资格 |  | | | | 执业类别/执业范围 |  | | 是否取得规培合格证书 |  |
| 工  作  学  习  简  历 | 从小学经历开始，待业期也要填写，经历要连续，不得有间段 | | | | | | | | |
| 家庭  成员  及其  主要  社会  关系 | 关系 | 姓名 | | 单位及职务 | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
| 本人签字 | 本人承诺：以上各项信息真实、准确、有效，否则责任自负。  本人签字（按手印）：  2024年 月 日 | | | | | | | | |
| 审核结果 |  | | | | | | | | |