附件2

2020年临沂市市直部分医疗卫生事业单位

引进急需紧缺专业技术人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 |  | 出生日期 | |  | 近期  一寸  彩色  照片 | |
| 政治面貌 | |  | | | 民族 |  | 籍贯 | |  |
| 身份证号 | |  | | | | | 婚姻状况 | |  |
| 报考岗位 | |  | | | | | 相关工作经历年限 | |  |
| 通讯地址 | |  | | | | | 移动电话 | |  |
| 教育背景 |  | 起止年月 | 毕业院校及系院 | | | | | | 所学专业 | 学历 | 学位 |
| 全日制 |  |  | | | | | |  |  |  |
|  |  | | | | | |  |  |  |
| 在职 |  |  | | | | | |  |  |  |
|  |  | | | | | |  |  |  |
| 工作经历 | | 起止年月 | 工作单位及职务（职称） | | | | | | 职称等级 | 聘任时间 | |
|  |  | | | | | |  |  | |
|  |  | | | | | |  |  | |
|  |  | | | | | |  |  | |
| 家庭主要成员情况 | | 姓名 | | 关系 | | | | 工作单位及职务 | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
| 郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证书证件等真实、准确。对因提供有关信息证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相关责任。  应聘人员签名：年月日 | | | | | | | | | | | |