附件1

成都市郫都区卫生系统

2024年公开引进医疗卫生人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 照片 | |
| 政治面貌 |  | | 民 族 | |  | |
| 出生年月 |  | | 健康状况 | |  | |
| 户籍所在地 |  | | 联系电话 | |  | |
| 毕业时间、院校、专业 | 全日制教育 |  | | | | | | |
| 继续教育 |  | | | | | | |
| 参加工作  时间 |  | 现有职称 | |  | | 从事  专业 | |  |
| 现工作单位及职务 |  | | | | 是否正式事业在编人员 | | |  |
| 意向单位 |  | | | | 是否服从调配 | | |  |
| 本人  简历 |  | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | |