附件2：

达拉特旗2024年引进卫生专业高层次人才报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 民族 |  | 贴  相  片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 | |  | 政治面貌 |  |
| 现户籍地 |  | | | | 婚姻状况 |  |
| 身份证号码 |  | | | | 联系电话 |  |
| 毕业院校 |  | | | | 毕业时间 |  | |
| 所学专业 |  | | | | 学历及学位 |  | |
| 执业资格 |  | | 现有职称 | |  | 现聘职称 |  |
| 学习、  工作经历  （何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从中学开始，按时间先后顺序填写） |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家 庭成 员及 主要 社会 关系 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 有 何特 长及 突出 业绩 |  | | | |
| 奖 惩  情 况 |  | | | |
| 本人承诺：以上情况及提供的报名材料均属真实，若有隐瞒、虚报、欺骗、作假  等行为，本人愿意承担一切法律后果和责任。  签名:  年 月 日 | | | | |
| 审 核  意 见 | (审核单位盖章)  审核人签名： 审核日期： 年 月 日 | | | |
| 备 注 |  | | | |