附件2

2023年蒙城县第二人民医院校园高层次和紧缺型

人才引进报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 出生年月 |  | | 民族 |  |  |
| 户籍 |  | 政治面貌 | |  | 身份证号码 | |  | | |
| 家庭住址 |  | | | | 联系电话 |  | | | |
| 毕业院校 |  | | | | | | | | |
| 学历 |  | | 毕业时间 | |  | | | 所学专业 | |  |
| 职 称 |  | | | | 取得时间 | | |  | | |
| 家庭成员 |  | | | | | | | | | |
| 学习经历 |  | | | | | | | | | |
| 实习/工作经历 |  | | | | | | | | | |
| 获奖情况 |  | | | | | | | | | |
| 诚信声明：本人确保以上所填内容真实有效。如有不实被取消录用资格，本人愿负全责。  签名（手写）： 时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |

**注：本表须认真、如实填写。如有弄虚作假，一经查实，取消资格。**