2019年磐安县人民医院医共体引进人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性  别 |  | 出生  年月 |  | | | | 民  族 | |  | | 照片 | |
| 身份  证号 |  | | | | | | 政治面貌 | | | |  | | | |
| 报考  单位 |  | | | | 岗位名称 | |  | | | | | | | |
| 毕业  院校 |  | | | | 所学专业 | |  | | | | | | 婚姻状况 | | |  |
| 工作  单位 |  | | | | 参加工作  时 间 | |  | | | | | | | | | |
| 户籍所  在 地 |  | | 学  历 | |  | | 学  位 |  | | | | | 毕业时间 | | |  |
| 家庭  住址 |  | | | | | | 本人联系  电 话 | | |  | | | | | | |
| 家庭  主要  成员 | 姓名 | 关系 | | 政治面貌 | | 工作单位 | | | | 职务 | | | | 联系电话 | | |
|  |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | |
|  |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | |
|  |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | |
| 学习  工作  简历 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报  名  信  息  确  认 | 本人己仔细阅读浙江省磐安县人民医院医共体2019年度面向全国引进专业技术人才公告及有关资料，承诺所填写的以上个人信息资料真实准确，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。  报考人签字：  代报人签字：  日期： | | | | | | | | 引才  单位  初审  意见 | | | 审核人签字：  日期： | | | | |
| 医共体牵头单位复审意见 | 年 月 日  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主管部门意见 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |

注：此表须用A4纸打印