附件2：

2020年长兴县县级公立医院高层次人才引进报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴照片处 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 出生地 |  |
| 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 专业技术职称 |  | 专业特长 |  | 婚姻状况 |  |
| 户籍所在地 |  | 身份证号码 |  | 报名单位及岗位 |  |
| 毕业院校及专业、学位 | 初始学历 |  |
| 现有学历 |  |
| 工作单位及联系方式 |  |  |
| 现任职务及任现职时间 |  |
| 学习及工作简历 |  |
| 本人声明：上述填写内容及提供的资料真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。 申请人（签名）： 2020年 月 日 |
| 审核意见 | 年 月 日 |