附件2

**武平县教育卫生“双十”人才引进报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出 生年 月 | 19\*\*．\*\* | 电子版照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出生地 |  |
| 入 党年 月 |  | 健 康状 况 |  | 婚 否 |  |
| 是 否应 届 |  | 身 份证 号 |  |
| 学 历 | 毕业时间、学校及院系 | 专 业 | 学 位 |
| 本 科 |  |  |  |
| 硕士研究生 |  |  |  |
| 博士研究生 |  |  |  |
| 专业技术资格 |  | 获得时间 |  |
|  职业资 格证书 |  | 获得时间 |  |
| 意 向岗 位 |  | 个人档案存放地点 |  |
| 手 机 |  | 邮 箱 |  |
| 个人简历 |  |
| 奖 惩情 况 |  |
| 家 庭主 要成 员及主 要社 会关 系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
| 丈夫/妻子 |  |  |  | （无单位的，写到乡镇、村、门牌号） |
| 父亲 |  |  |  | （无单位的，写到乡镇、村、门牌号） |
| 母亲 |  |  |  | （无单位的，写到乡镇、村、门牌号） |
| 岳父/公公 |  |  |  | （无单位的，写到乡镇、村、门牌号） |
| 岳母/婆婆 |  |  |  | （无单位的，写到乡镇、村、门牌号） |
| 子女 |  |  |  | （无单位的，写到乡镇、村、门牌号） |
| 兄弟/姐妹 |  |  |  | （无单位的，写到乡镇、村、门牌号） |
| 报 名人 员承 诺 | **本人承诺以上所填信息属实，如有不实之处，自愿承担相应责任。一旦被聘用，自愿在所聘单位至少服务五年（卫生人才不包含3年医师规范化培训时间）。**报名人签名： 年  月 日      |
| 教育、卫生用人单位意 见 |  （盖章） 年    月    日      | 主 管部 门意 见 | （盖章） 年    月    日    |
| 县人社局资格审核意 见 |    （盖章）  年    月    日         | 县委人才办复审意见 |   （盖章） 年    月    日    |

注：此表纸质版双面打印，一式一份。