附件2

2020年临沂市市直部分医疗卫生事业单位

引进急需紧缺专业技术人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 近期一寸彩色照片 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 身份证号 |  | 婚姻状况 |  |
| 报考岗位 |  | 相关工作经历年限 |  |
| 通讯地址 |  | 移动电话 |  |
| 教育背景 |  | 起止年月 | 毕业院校及系院 | 所学专业 | 学历 | 学位 |
| 全日制 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 在职 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 工作经历 | 起止年月 | 工作单位及职务（职称） | 职称等级 | 聘任时间 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 家庭主要成员情况 | 姓名 | 关系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证书证件等真实、准确。对因提供有关信息证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相关责任。应聘人员签名：年月日 |