附件2

运城市2022年市直事业单位

公立医院引进高素质青年人才报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照 片 |
| 身份证号 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 户籍所在地 |  | 民 族 |  |
| 婚姻状况 |  | 家庭住址 |  | |
| 学 历 |  | 学 位 |  | |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  | |
| 毕业时间 |  | 联系电话 |  | |
| 工作单位 |  | 是否运城在编在岗人员 |  | |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  | |
| 学习工作经历 |  | | | |
| 奖惩情况 |  | | | |
| 家庭成员情况 |  | | | |
| 本人  承诺 | 本人承诺所填写的信息真实有效，符合引进所需的资格条件。如有弄虚作假而导致后果的由本人承担。本人联系地址、联系方式如有变更，将在2日内告知。  报名人（签名）： 年 月 日 | | | |
| 备注 |  | | | |