**2025年度衡南县卫健系统事业单位急需紧缺人才引进**

**报名表**

引进单位： 引进岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 相片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 学历学位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 职称、执（职）业资格 |  | 取得时间 |  |
| 户籍所在地 |  | 婚姻状况 |  | 档案保管单位 |  |
| 身份证号 |  | 有何特长 |  |
| 通讯地址 |  | 是否事业单位在编在岗人员 |  |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 简历 |  |
| 与引进岗位相关的经历或取得的成绩 |  |
| 报名人员承诺 | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合引进岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和引进资格。** 报名人员签名：  年 月 日 | 资格审查意见 | 审查人员签名： 引进单位（章） 年 月 日 |
| 备注 |  |