**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 |  | | | | | | | | | | |