附件：

2025年度安福县总医院引进名医名专家报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 参加工作时间 |  | 籍贯 |  | 户籍所在地(省、县) |  |
| 政治面貌 |  | 执业资格 |  | 身体状况 |  |
| 身份证号 |  | 现工作单位 |  |
| 联系地址 |  | 联系电话 |  |
| 本科学历毕业时间和院校 |  | 所学专业 |  （ 年制） |
| 研究生学历毕业时间和院校 |  | 所学专业 |  （ 年制） |
| 曾获得主要荣誉及时间 |  |
| 工作简历 |  |
| 家庭主要成员情况 | 称谓 | 姓名 | 出生年月  | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 个人承诺 | 本人承诺所填信息真实准确。如有隐瞒或虚假，本人愿意承担相应责任。 承诺人签名： 年 月 日 |