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 | | | | | | | | | | | | |