**皖西卫生职业学院附属医院（六安市第二人民医院）**

**2021年高层次人才引进报名登记**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  | |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 报考岗位 |  | 毕业时间 |  | 现职称及  取得时间 |  |
| 所学专业 |  | | | 是否服从医院分配□ | |
| 学历 |  | 学位 |  | 身份证号 |  | | |
| 现在住址 |  | | | 联系号码 |  | | |
| 受教育及培训情况  （高中起点） | 起止时间 | | 学校 | | 专业 | | 学制 |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | |  |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | |  |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | |  |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | |  |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | |  |
| 工作经历  （培训经历） | 起止时间 | | 单位名称 | | 从事岗位及年限 | | 证明人 |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | |  |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | |  |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | |  |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | |  |
| 奖惩情况 |  | | | | | | |
| 本人自愿报名，提供上述的个人信息均真实无误。签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 医院资格审查意见 | 审查人签字：  年 月 日 | | | | | | |