隆阳区公开选聘保山市第二人民医院院长报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性别 | | |  | 民族 | |  | | | 照  片 |
| 籍 贯 | |  | | | 出生年月日 | | | |  | | | | |
| 何时入何党派 | |  | | | 参加工作时间 | | | |  | | | | |
| 学历学位 | 全日制教 育 | | |  | | 毕业院校系及专业 |  | | | 毕业证书编号 | | | |  |
| 在  职  教  育 | | |  | | 毕业院校系及专业 |  | | | 毕业证书编号 | | | |  |
| 专业技术职务 | 卫生专业技术  职务名称 | | | | | | 证书编号 | | | | | 取得时间 | | |
|  | | | | | |  | | | | |  | | |
| 现工作单  位及职务 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 工作及任职简历 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 近三年度  考核情况 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 表彰  奖惩  情况 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 邮   编 | | |  | | | 通信地址 |  | | | | | | | |
| 办公电话 | | |  | | | 住宅电话 |  | | | 手机 | | |  | |
| 诚  信  承  诺 | | | 本人上述所填写的情况和提供的相关资料、证件均真实、有效，若有虚假，责任自负。如果通过资格审查，本人保证按要求参加相关选聘程序。  报考人签名：  年   月   日 | | | | | | | | | | | |
| 本人所在  单位意见 | | | （盖章）  年   月   日 | | | | | | | | | | | |
| 本人所在  单位主管部门意见 | | | （盖章）  年   月   日 | | | | | | | | | | | |
| 资  格  审  查  意  见 | | | 审查人签名：  复核人签名：  年   月   日 | | | | | | | | | | | |
| 备  注 | | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表说明：参加选聘者应认真、如实填写本表；对表内所列的出生年月日、参加工作时间、任职时间、学历、表彰奖惩等所有填写项将进行严格审查，若发现弄虚作假，取消其选聘资格。