**附件2：**

铜川市妇幼保健院高层次及紧缺特殊专业人才引进报名登记表

**所报岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠一寸照片 |
| 民 族 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 现任职称 |  | 任职 时间 |  | 联系电话 |  |
| 文 化程 度 | 全日制教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
|  |
| 现住址（省/市/县） |  | 身份证号 码 |  |
| 主要学习工作简历 |  |
| 主要家庭成员及主要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 出 生日 期 | 政治面貌 | 是否有回避关系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 诚信声明 | 本人声明上述填写情况及提供相关材料、证件均真实有效，如有虚假，责任自负。  本人签名： 年 月 日  |
| 资格审核意见 | 审核人： 审核部门：（签字） （盖章）  |