**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） | | | | | | | | | | | | | |