附件2：

**2021年抚顺市卫生健康委所属事业单位面向社会**

**公开招聘高层次人才报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照  片 |
| 民族 |  | 户口  所在地 |  | 参加工作时间 |  |
| 政治  面貌 |  | 英语  水平 |  | 健康状况 |  |
| 学历  学位 | 全日制  教育 |  | | 毕业院校及专业 |  | |
| 在职  教育 |  | | 毕业院校及专业 |  | |
| 从事专业 | |  | | 从事时间 |  | |
| 专业技术资格 | |  | | 取得时间 |  | |
| 现工作单位 | |  | | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | |

应聘岗位：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 奖  惩  情  况 |  | | | | |
| 科  研  作  品  发  表  情  况 |  | | | | |
| 家  庭  主  要  成  员  重  要  社  会  关  系 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治  面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

以上提供信息属实，如有虚假情况，责任自负。

申请人（签名）：

申请日期： 年 月 日

**（本表须正反面打印）**