**附件2**

**2023年龙港市人民医院（温州医科大学附属第一医院龙港院区）**

**高层次紧缺类医疗卫生人才引进报名表**

报名岗位： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠照片 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 学历、学位 |  |
| 参 加工作时间 |  | 籍贯 |  | 所学专业 |  |
| 职称 |  | 从事专业 |  |
| 居民身份证编号 |  | 毕业院校 |  |
| 联系方式 |  |
| 工作单位基本情况 | 单位全称 |  | 等级 |  |
| 详细地址 |  |
| 所有制性 质 |  | 编制类别 |  |
| 学习经历 |  年 月— 年 月 | 毕业院校 | 学历 | 专业 | 培养方式 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 工作简历 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭成员 | 称谓 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 单位及地址 | 户口所在地 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 配偶情况 | 姓 名 |  | 出生年月 |  | 学历 |  | 结婚时间 |  |
| 工作单位 |  | 职务 |  |
| 地 址 |  | 职称 |  |
| 户口所在地 |  | 随调单位 |  |
| 专业特长、主要业绩 |  |
| 引进单位审核意见 |  | 社会事业局审核意见 |  |
| 市委组织部审核意见 |  |

注：1、单位所有制性质指：机关、事业单位；国有、集体、股份制、三资、私营、乡镇企业等；原单位为医院需填写医院等级。

 2、单位编制类别指：机关、社团；全额拨款、差额拨款、自收自支事业；企业。

 3、培养方式填写全日制普通高校、成教、自考等。

 4、表内各项必须如实填写清楚。