附件2

2023年邯郸市卫健委选聘博硕士研究生报名表

报考单位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  | 婚 否 |  |
| 联系电话 | 填写常用电话 |
| 户口所在地 | xx省xx市xx区xxx派出所 |
| 现住址 |  |
| 英语等级 |  | 计算机等级 |  |
| 第一学历毕业时间、毕业学校、 | xxxx年x月、xxxx大学取得xx学历xx学位 | 所学专业 |  | 是否统招 | 是/否 |
| 第二学历毕业时间、毕业学校 | xxxx年x月、xxxx大学取得xx学历xx学位 | 所学专业 |  | 是否统招 |  |
| 现学历毕业时间、毕业学校 | xxxx年x月、xxxx大学取得xx学历xx学位 | 所学专业 |  | 是否统招 | 是/否 |
| 读研期间主攻方向 |  | 在校期间担任职务 | 有/无 |
| 执业医师资格证书取得时间 |  | 执业医师注册专业 |  | 技术职称（有工作经历者填写） | 有/无 |
| 读研期间导师姓名、专业及单位 |  |
| 毕业课题及论文 |  |
| 在校期间所获荣誉情况 |  |
| 有无受过处分 |  |
| 工作经历 |  |
| 本人承诺： 以上信息真实、准确。如有虚假，本人愿意承担相应的责任。 本人签名： 日期： |
| 初审意见 | 审核人签字：年 月 日 | 复审意见 | 审核人签字：年 月 日 |