附件

浙江省湖州市中医院2024年公开引进学科带头人和业务骨干人才报名表

岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | | 照 片  （小2寸彩色渐变蓝色免冠照片） |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出生地 |  | |
| 现 户 籍  所 在 地 |  | 何时参加何党派 |  | 参 加 工  作 时 间 |  | |
| 健康状况 |  | 身 份 证  号 码 |  | | | |
| 联系地址 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 学 历  学 位 | 全日制  教 育 |  | | 毕业院校  系及专业 |  | | |
| 在 职  教 育 |  | | 毕业院校  系及专业 |  | | |
| 专业技术职称（执业资格） |  | | | 专业技术职称取得时间 |  | | |
| 现工作单位及职 务 |  | | | | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主要学术  成就（发表论文、科研立项、科技奖励） |  | | | | |
| 主要家庭成员及社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生  年月 | 政治  面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人签名 | 本人符合报名条件的要求,所提供的资料和上述填写内容真实有效。如有不实，本人愿自动放弃引进资格，并承担由此引发的一切后果。  报名人签名： 2024年 月 日 | | | | |
| 资格审核意见 | 盖章  2024年 月 日 | | | | |

（A4双面打印）