附件2

富平县2024年引进县外优秀医疗技术人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 贴照片处 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 籍 贯 |  |
| 健康状况 |  | 婚姻状况 |  | 职 称 |  |
| 身份证号码 |  | | 身高/体重 | cm | kg |
| 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 |  | |
| 参加工作  时间 |  | | 所在单位  及科室 |  | | |
| 何时获取何种执业资格 |  | | 报考岗位及专业 |  | | |
| 联系电话 |  | | 家庭地址 |  | | |
| 学习及工作详细经历  （从高中填起，含继续教育经历） |  | | | | | |
| 获奖情况  （含科研） |  | | | | | |
| 承诺书 | 本人自愿参加富平县公开引进，承诺以上信息真实，且不存在不受理报名情形，如有不符，愿承担一切由此产生的后果。  本人签字： | | | | | |