乌兰察布市2025年卫生健康系统事业单位人才引进报名登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 报考部门： |  |
| 报考职位： |  |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 是否服从调剂 |  | （本人近期正面免冠2寸彩照） |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 民族 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号 |  |
| 出生日期 |  | 政治面貌 |  |
| 报考学历 |  | 报考学位 |  |
| 报考专业 |  |
| 本科毕业院校 |  |
| 本科专业 |  |
| 本科毕业时间 |  | 本科学习形式 | （全日制/非全日制） |
| 研究生毕业院校 |  |
| 研究生专业 |  |
| 研究生毕业时间 |  | 研究生学习形式 | （全日制/非全日制） |
| 现工作单位 |  |
| 是否为机关事业单位在职公务员、参公人员和事业单位工作人员（正式在编） |  |
| 普通高考前户籍地 |  |
| 现户籍所在地 |  |
| 取得何种资格证书 |  |
| 学习经历 |  |
| 工作简历 |  |
| 我保证所填写的信息准确、真实有效，并愿意承担“由于自身原因填写信息错误而产生的一切后果”。如有不实、违规，愿接受取消成绩、不予引进聘用等处理，后果自负。 |
| 考生签字： 报考日期： |
| 资格审查情况 | 年 月 日 |

注：此表正反打印。除考生签字外，其余内容需填写后打印。