附件：

吴忠市红寺堡区中医医院

全职引进高层次专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 出生年月 |  | 一寸免冠照片 |
| 政治  面貌 |  | | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 毕业  时间 |  | | | 联系  电话 |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 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 |  | |
| 身份证号 | |  | | | 电子邮箱 |  | |
| 个人工作经历 |  | | | | | | |
| 其他需说明情况 |  | | | | | | |
| 本人签字 | 本人（签名）： 年 月 日 | | | | | | |
| 资格审核结果及  意见 | 审核意见：  审核人（签名）： 年 月 日 | | | | | | |