附件：

商丘医学高等专科学校招才引智报名表

报名序号： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 应聘岗位 |  | 学科类别 |  |
| 本科毕业院校及时间 | XX大学（学院）XXXX年XX月XX日 | 所学专业及学制 | XX专业XX年制  |
| 硕士毕业院校及时间 | XX大学（学院）XXXX年XX月XX日 | 所学专业及学制 | XX专业XX年制  |
| 博士毕业院校及时间 | XX大学（学院）XXXX年XX月XX日 | 所学专业及学制 | XX专业XX年制  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 执业资格 |  | 职称 |  |
| 外语水平及等级 |  | 婚否 |  | 身高（CM） |  |
| 有何特长 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 本人简历 |  |
| 报名承诺 | 本表所填内容准确无误，所提交的证件和照片真实有效。如有虚假，一经查实，由此产生的一切后果由本人承担。                  报名人签名： |
| 资格审查意见 |  审查人签名： |

 注： 1.“报名序号”由工作人员统一填写；

2.“报名岗位”、“学科类别”根据所报岗位和学科填写；

3. 本表正反打印，一式2份。