附件：

**安徽省妇幼保健院引进人才报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 民 族 |  | 近期免冠  一寸照片 |
| 出 生  年 月 |  | 籍 贯 |  | | 最高学历（学位） |  |
| 政 治  面 貌 |  | 参加党派  时间 |  | | 婚姻状况 |  |
| 身 份 证  号 码 |  | | 应聘岗位  及代码 |  | | 职称及取得  时间 |  |
| 毕业院校及专业 |  | | | 专业特长 | |  | |
| 现工作单位 |  | | | 户 籍  所在地 | | 市（县） 公安局 派出所 | |
| 联系电话 | 手机： 电子邮箱： | | | | | | |
| 学习经历  （中学开始） |  | | | | | | |
| 工作经历 |  | | | | | | |
| 主持课题项目情况 |  | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | |
| 所在专业委员会及专业组 | （专业委员会名称 专业组 职务） | | | | | | |
| 科研  成果 | （科研成果 获奖类别 名称 等级 时间） | | | | | | |
| 发表论文  /出版专著情况 | （专著/论文名称 收录于SCI/EI/SSCI 发表刊物（出版社） 时间） | | | | | | |
| 诚信声明 | 本人承诺以上所填内容属实，并已达到报名条件，否则本次考试成绩无效，取消录取资格。  签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 报考资格  审查意见 | 审核人签名：  年 月 日 | | | | | | |

注：① 报名时请携报名表、身份证、毕业证书、学位证书、各类资格证书、执业证书等**原、复印件**、2张1寸近期免冠正规证件照，请将复印件按以上顺序装订在报名表后。

② 本表请用**A4纸正反两面**打印，填写清楚，请勿涂改。

安徽省妇幼保健院组织人事处制