流水号：

**龙岩市2017年选拔引进优秀毕业生**

**报 名 表（医疗卫生人才）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出 生年 月 |  | 相片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出生地 |  |
| 入 党年 月 |  | 健 康状 况 |  | 婚 否 |  |
| 是 否应 届 |  | 身 份证 号 |  |
| 学 历 | 毕业学校及院系 | 专业 |
| 本 科 |  |  |
| 硕 士 |  |  |
| 博 士 |  |  |
| 硕士、博士研究生本科是否毕业于“211工程”高校 |  |
| 报 考岗 位 |  | 是否服从调剂 |  |
| 专业技术资格 |  | 获得时间 |  |
| 专 长 |  |
| 手 机 |  | 邮 箱 |  |
| 个人简历 |  |
| 奖 惩情 况 |  |
| 家 庭主 要成 员及主 要社 会关 系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 报 考人 员承 诺 | **本人承诺以上材料属实，如有不实之处，愿意承担相应责任。**报名人签名：　 　   年    月   日      |
| 学 校资 格审 核意 见 | （盖章）      年    月    日      |
| 主 管部 门审 核意 见 |  （盖章）      年    月    日 |
| 市 委组 织部 复审 意见 |   （盖章）      年    月    日      |
| 注：此表纸质版（双面打印两份）和电子版在报名时一起交学校，所填信息必须真实准确。 |

**填表说明：**

1、本表用小四号宋体填写，共2页，请勿超出；

2、出生年月、入党年月填写格式为：4位数年份+2位数月份，并用“.”隔开，如：1990.01（日期填写，均按此格式）；

3、民族填写全称，如汉族，蒙古族；

4、籍贯、出生地填写格式为：省+县，如福建上杭、福建武平，属于区的，填写区所在的设区市，如（龙岩市新罗区人）填写“福建龙岩”；

5、入党年月填写转为中共预备党员的时间，非中共党员的填写加入党派、团体名称；

6、健康状况填写格式为：健康、一般、较差；

7、毕业学校、院系填写全称，直博的在硕士一栏填写无；

8、专业填写6位代码+专业名称，如：020204口腔医学、030207临床医学；

9、报考岗位填写“XXX医院XXX岗位”；

10、个人简历从本科入学后开始填写，先填学习经历，后填任职和社会实践经历；

11、获奖情况填写获得的校级以上奖励，填写格式为：获奖年月+获奖情况（获奖证书）；

12、报考人承诺一栏，电子版打字填写，纸质版由本人手写签名；

13、照片必须是1寸蓝底彩色免冠照片。电子版报名表请直接插入照片，纸质版若为电子版彩色打印则不必粘贴照片，另在交报名表和汇总表时，请单独提供电子版照片，命名格式为学校+博（硕）士+姓名。

**报名时间截止2017年3月31日，最终个人报名材料应包含：①纸质报名表1份（相关意见栏加盖公章）；②电子版报名表、汇总表、照片各1份。**