# 附件3

# 龙岩市2024年医疗类引进生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 1寸蓝底彩色免冠照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 党派及入党时间 |  |
| 身份证号码 |  | 报考单位、岗位 |  |
| 联系手机 |  | 联系地址 |  |
| 户籍所在地 |  | 邮箱 |  |
| 应/往届 |  | 资格证书类别及证书号 |  |
| 学习简历 | 起止年限 | 毕业院校及专业（备注是否为原985、211高校） | 专业名称及学科代码 |
| 本科 |  |  |  |
| 硕士 |  |  |  |
| 博士 |  |  |  |
| 个人简历及论文情况 |  |
| 担任学生干部及工作经历 | 何年何月-何年何月何学校（单位）任何职 |
| 奖惩情况 | 何年何月获何奖励，何部门颁发，参加……大赛获奖情况 |
| 在公开刊物上发表论文情况发表论著情况编写教材、试题等情况 | 何年何月《论文题目》发表于《刊物名称》CN刊号第几作者《论著名称》何年何月由何出版社出版书号 |
| 家庭主要成员及主要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 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      |
| 学校院系推荐意见 | 情况属实，同意推荐（往届毕业生无需填写此栏）。（盖章）          年     月    日  |
| 招聘小组初审意见 | 审核人：  年     月    日  |
| 用人单位审核意见 |  |
| 主管部门审核意见 |  （盖章）年    月    日 | 人事部门审核意见 | （盖章）年    月    日 |

注：此表纸质版双面打印两份，现场资格审核时提交，所填信息必须真实准确。