附件2

**菏泽市第二人民医院公开引进高层次人才报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 报考单位 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 |  | 婚姻状况 |  |
| 职称及取得时间 |  | 政治面貌 |  |
| 学历学位 | 全日制本科毕业院校及专业 |  | 学位名称（如：医学学士） |  |
| 全日制研究生毕业院校及专业 |  | 学位名称（如：医学硕士） |  |
| 通讯地址 |  | 联系方式 |  |
| 学习 工作简历 | （请填写起止时间、学习或工作单位） |
| 学术成就及主要课程 | （请填写本人课题、论文等学术方面的主要成就） |
| 个人荣誉 | （请填写本人所获综合性的个人荣誉） |
| 家庭成员 | （请填写家庭主要成员的姓名、与本人关系、出生年月、工作单位及职务等） |
| 个人签名: |  | 填表日期： 年 月 日 |