|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 合计 | 24 |  |  |

附件2

柯城区医疗卫生事业单位人才引进基本情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |   | **民****族** |  | **户口所在县（区）** |  |  |
| **出生日期** |  | **政治面貌** |  | **入党时间** |  |
| **参加工****作时间** |  | **专业特长** |  | **联系电话** |  |
| **身份证号** |  | **家庭住址** |  |
| **全日制****学历学位** |  | **毕业时间、院校****、所学专业** |  |
| **在职教育****学历学位** |  | **毕业时间、院校****、所学专业** |  |
| **现工作单位及职务职称** |  | **编制性质** |  |
| **申报引进****单位及岗位** |  | **档案所在地** |  |
| **引进条件** | 🞎45周岁以下，中级卫生专业技术资格，区外医疗卫生单位在职在编的卫生专业技术人员；🞎全日制医学相关专业硕士研究生；🞎副高以上卫生专业技术资格人员。 |
| **奖惩****情况** |  |
| **个****人****简****历** |  |
| **家庭成员和主要社会关系** | **称 谓** | **姓 名** | **出生年月** | **政治面貌** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **备注** |  |

 填报人签名： 审核人签名： 填表日期： 年 月 日