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