附件2

遵义医科大学第二附属医院引才报名表

|  |
| --- |
| **基本信息：** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 政治面貌 |   | 本人照片 |
| 年 龄 |   | 户籍所在地 |   | 生源所在地 |  | 毕业院校所在地 |  |
| 出生日期 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 毕业时间 |  |
| 工作单位 |  | 所在单位是否同意报考 |  | 参加工作时间 |  |
| 报考岗位 |  | 是否2025年度高校毕业生 |  |
| 是否满足该岗位其他报考条件 |  | 是否符合专业对比条件 |  |
| **学习经历（从高到低填写）：** |
| 取得学历 | 学制 | 入学时间 | 毕业时间 | 毕业学校 | 专业 | 教育形式（全日制/在职） |
| 博士研究生 |  |  |  |  |  |  |
| 硕士研究生 |  |  |  |  |  |  |
| 本 科 |  |  |  |  |  |  |
| 大 专 |  |  |  |  |  |  |
| 其 他 |  |  |  |  |  |  |
| 报考信息确认栏 | 以上填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负  填写人签名（手印）： 填写时间： |