附件：

2024年鄂州市乡镇卫生院定向招聘

个人申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  |
| 所在单位 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 第一学历 |  | 毕业学校及专业 |  |
| 最高学历 |  | 毕业学校及专业 |  |
| 参加工作时间 |  | 到本单位工作时间 |  |
| 工作经历 |  |
| 近5年内发表论文 |  |
| 近5年内学术任职 |  |
| 近5年内科研成果专利等 |  |
| 从业以来荣获表彰奖励情况 |  |
| 单位意见 | 负责人签字: 单位签章:年 月 日 |
| 材料真实性保证 | **本人已认真阅读《鄂州市乡镇卫生院定向招聘工作方案》及提交材料要求等，现郑重承诺：所有填写内容及提交材料真实无误，如有不实，愿意承担一切责任和后果。**本人签名：年 月 日 |

注：此表一式两份打印上报（本人签名须手写）。