附件1

常州市天宁区卫生人才引进申请表

**申请单位：**

**申请对象姓名：**

**常州市天宁区卫生健康局**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号码 |  | 现从事专业 |  |
| 行政职务 |  | 专业技术职务 |  |
| 原工作单位名称 |  | 编制性质 | 全额拨款/差额拨款/无 |
| 引进方式 | 全职引进（） 柔性引进（） |
| 符合引进的具体条件 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学历学位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 个人简历 | （从全日制学历填起） |

代表性论文与专著情况：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 题目 | 发表时间 | 刊物名称（中文） | 国别 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

代表性论文的数量一般以从事主要研究领域课题为主，不超过5篇。

获奖情况：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 奖项名称 | 等次 | 授予单位 | 授予时间 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：包括市级以上各类奖项、荣誉称号、知识产权等

|  |  |
| --- | --- |
| 申请对象工作情况简介（200字以内） |  |
| 用人单位申请理由 |  |
| 本人意愿 |  （同意） 签名：年 月 日 |
| 用人单位意见 | （信息核准无误，条件符合，建议引进。）  (盖章) 年 月 日 |
| 主管部门审核意见 | （同意，拟报上级部门审批。）  (盖章)  年 月 日 |