附件2

马鞍山市卫生健康委直属事业单位校园

招聘报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 户 籍  所在地 |  | | 学历 |  | 学位 |  |
| 身份证号 |  | | | 毕业院校 |  | |
| 所学专业  （专业方向） |  | | | 是否为专业  学位硕士 |  | |
| 报考志愿 |  | 报考单位 | | | 报考岗位 | | 岗位代码 |
| 第一志愿 |  | | |  | |  |
| 第二志愿 |  | | |  | |  |
| 是否取得  执业医师资格 |  | | | 执业类别/执业范围 | |  | |
| 联系方式 | 手机： 备用电话： 电子邮箱： | | | | | | |
| 家庭详细住址 |  | | | | | | |
| 主  要  简  历 | （从高中开始连续填写至今） | | | | | | |
| 奖  惩  情  况 |  | | | | | | |
| 诚信  承诺 | 本人上述所填写的情况及提供的相关资料、证件均真实、有效。若有虚假，取消录用资格，责任自负。  报考人签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 审查  意见 | 审查人签名：  年 月 日 | | | | | | |