附件2

|  |
| --- |
| 舒城县公立医院招聘工作人员报名资格审查表**报考单位：报考岗位：笔试科目：** |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 | 贴照片 |
| 身份证号码 | 　 | 婚姻状况 | 　 |
| 学历 |  | 学位 | 　　 | 执业资格 | 　 |
| 毕业院校及专业 |  | 籍贯 |  |
| 现工作单位 |  | 现户籍所在地 |  |
| 现居住地 |  | 联系电话 | **手机：****固话：** |
| 本人学习和工作简历(自中学填起） | 　 |
| 舒城县公立医院审查意见 | （盖章）审查人签名： 2016年月日 |
| 身份证复印件粘贴处 |