|  |
| --- |
| 附件1阜阳市妇幼保健医院2017公开招考专业技术人员报名资格审查表 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生   年月 |  | 相 片（白底小二寸） |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治                                                                                                                                                  面貌 |  | 健康  状况 |  |
| 身份证 号码 |  |
| 报考岗位 |  |
| 毕业   院校 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 所学专业 |  | 毕业时间 |  | 资格证名称 |  |
| 家庭   住址 |  | 联系电话 |  | 手机号码 |  |
| 工 作 经 历 |     |
| 诚信   承诺   意见 | 本人提供材料及上述信息填写真实、有效。如有虚假，责任自负。 |
| 考  生（签名）：                          年      月       日 |
| 备注 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

[