|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2：** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2020年度全椒县县级公立医院公开引进高学历人才 报名资格审查表** | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生  年月 |  | | 贴 照 片 |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 民 族 |  | 政治面貌 |  | 学历 学位 |  | |
| 毕业院校 |  | | 毕业时间 |  | 所学专业 |  | |
| 工作单位 |  | | | 职务 （职称） |  | 人事档案保管单位 |  |
| 家庭详细 地址 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 通讯地址 |  | | | | 邮政编码 |  | |
| 简历  （自高中  填起） | (按起始时间、毕业院校/工作单位、专业/岗位、担任职务顺序填写） | | | | | | |
| 受过何种  奖 励  或 处 分 |  | | | | | | |
| 诚信承诺  意 见 | 本人上述所填写的情况和提供的相关材料、证件均真实。若有虚假，一经查实，自动丧失应聘资格。    报考人签名：  年 月 日 | | | | | | |
| **以上各栏目由报考人据实填写** | | | | | | | |
| 招考部门  审查意见 | 审查人签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | |