|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2：  **嫩江市引进卫生和健康局所属事业单位专业技术人才**  **报名资格审查表** | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生 年月 |  | | 照片 |
|
| 民族 |  | | 政治 面貌 |  | 身份 证号 |  | |
|
| 学历 |  | | 是否全日制 |  | 联系 电话 |  | |
|
| 何年何月毕业于何院校何专业 | | |  | | | | |
| 家庭住址 | | |  | | | | 户籍所在地 |  |
| 工作单位 | | |  | | | | 高考分数 |  |
| 应聘单位 | | |  | | | | 应聘岗位 |  |
| 个人简历 | |  | | | | | | 报名人承诺： 本报名表所填信息及提交的各类证件材料均真实有效，如有虚假，所产生的一切后果由本人承担。 签名：  年 月 日 |
|
|
| 审查 资料 | | 1、身份证 有¨无¨ 2、毕业证 有¨无¨ | | | | | |
| 3、报到证 有¨无¨ 4、照 片 有¨无¨ | | | | | |
| 5、同意报考证明 有¨无¨ | | | | | |
| 审核意见 | | 人社局意见： | | | | | | |
|
| 用人单位主管部门意见： | | | | | | |
|
| 说明：“联系电话”请填写能联系到本人或家人的电话，如填写错误、手机关机、停机等个人原因造成无法联系的后果自负 | | | | | | | | |