|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | 　 |