附件2

马鞍山市卫生健康委直属事业单位公开招聘

专业技术人员报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 毕业时间 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 身份证号码 |  | 现有职称 |  |
| 户口所在地 |  |
| 家庭详细住址 |  |
| 联系方式 | 手机： 备用电话： 电子邮箱： |
| 主要简历 | （从高中开始连续填写至今） |
| 奖惩情况 |  |
| 诚信承诺 | 本人上述所填写的情况及提供的相关资料、证件均真实、有效。若有虚假，取消录用资格，责任自负。 报考人签名： 年 月 日 |
| 审查意见 | 审查人签名：年 月 日 |