**庐江县人民医院2020年度使用周转池编制招聘工作人员报名资格审查表**

**报考岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  | 1寸照片 |
| 身份证 号 码 |  | | | 专业技术资格 |  | | 执业资格 | |  |
| 学 历 |  | 毕业 时间 |  | 专业 |  | | | 是否为全日制 |  |
| 毕业院校 |  | | | 现工作单位 |  | | | 参加工作时间 |  |
| 家庭地址 |  | | | | 固定 电话 |  | | 手机 号码 |  | |
| 学习、工作经历 | （简历从高中填写至现在） | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员情况 | （填写格式：关系—姓名—工作单位—职务） | | | | | | | | | |
| 诚信承诺意见 | 本人已阅读并了解此次招聘公告全部内容，上述所填写的信息和报名提供的相关材料、证件均真实、有效，若有虚假，记入诚信系统，记录期为3年。    报考人签名：  2020年11月 日 | | | | | | | | | |
| **以上各栏目由报考人填写** | | | | | | | | | | |

**审 查 意 见**

|  |  |
| --- | --- |
| 初步审查意见 | 经初步审查，该同志符合该职位招考条件，同意报名，具体报考资格待复查后确定。  审查人签名：  2020年 月 日 |
| 复查意见 | 经复查，该同志符合该岗位报考条件，同意报考。  复查小组签名：  2020年 月 日 |

报考人员请在此处贴两张1寸照片