2021年宁国市公开引进高层次医疗卫生人才

报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 身份证号 | |  | | | | | 一寸近照 |
| 性 别 |  | | 出生年月 | |  | | 政治面貌 | |  |
| 民 族 |  | | 婚姻状况 | |  | | 籍 贯 | |  |
| 职称 |  | | | | 取得时间 | | | |  |
| 本科毕业院校及专业 |  | | | | 学位 | |  | | 毕业时间 |  |
| 全日制硕士研究生毕业院校及专业 |  | | | | 学位 | |  | | 毕业时间 |  |
| 本人身份 | □在编人员  □社会人员  □应届毕业生 | | | | | | 联系电话(手机) | |  | |
| 报考岗位及代码 |  | | | | | | | | | |
| 工作单位或通信地址 |  | | | | | | | | | |
| 个 人 简 历 | 示例：2013年9月-2017年7月 安徽医科大学内科学专业学生 （从高中开始，至报名时间不间断） | | | | | | | | | |
| 奖 惩 情 况 | 示例：2013年9月获得安徽医科大学一等奖学金 | | | | | | | | | |
| 家 庭 主 要 成 员 及 重 要 社 会 关 系 | 称谓 | 姓 名 | | 出生年月 | | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
| 考生 承诺 | 本人承诺: 1、上述所填写的内容及所提供报名材料、证件均真实有效，若有虚假，将取消聘用资格； 2、承诺在规定的时间内提供引进岗位所要求相应层次的学历、学位及其他相关资格证书，否则取消本人聘用资格。  报考人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | |