附件1：

怀宁县中医医院2022年公开招聘工作人员报名资格审查表

填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | | |  | | 出生  年月 |  |  |
| 身份证  号码 | |  | | | | | | | 身高 |  |
| 籍贯 | |  | | 民族 | | |  | | 政治  面貌 |  |
| 学历  （学位） | |  | | | | | | | 婚否 |  |
| 毕业学校 | |  | | | | | | 毕业  时间 |  | 所学  专业 |  |
| 执业资格 | |  | | | | | | | 技术  职称 |  | |
| 有无药物过敏史 | | | | |  | | | | | | |
| 原工作单位 | | | | |  | | | | | | |
| 家庭详细地址 | | | | |  | | | | | 联系  电话 |  |
| 邮政  编码 |  |
| 有何特长 | | | | |  | | | | | | |
| 个    人    简    历 |  | | | | | | | | | | |
| 所受奖惩  情况 |  | | | | | | | | | | |
| 直系亲属及  主要社会  关系 | 姓  名 | | 关  系 | | | 工  作  单  位  及  职  务 | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
| 考生签名 | 本人承诺，以上信息均真实、准确，如有不实愿承担由此产生的一切责任。            签 名：  年   月 日 | | | | | | | | | | |
| 审查意见 | 签 名：  年  月  日 | | | | | | | | | | |

说明：请报考者认真阅读《招聘公告》后如实准确填写。报考者隐瞒有关情况或提供虚假材料的，取消其考试或聘用资格。