|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2：** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2023年度全椒县人民医院公开引进高学历、紧缺卫生专业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 |  |
| 报考单位 |  | 岗位代码 |  |
| 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** |
| 引进单位审查意见 |                                                                                               审查人签名：              年     月      日   |
| 备   注 |  |