|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2023年下半年南陵县卫健系统面向社会公开招聘工作人员**  **报名资格审查表**  编号： | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 出生年月日 | | |  | | 性别 |  | 贴照片处 |
| 身份证号 |  | | | | | 户籍所在地 派出所 |  | |
| 学 历 |  | | 学位 |  | | 毕业时间 |  | |
| 毕业学校 |  | | | | | | 所学专业 | |  |
| 报考单位 |  | | | | | | 岗位代码 | |  |
| 现有职称 |  | | | | | | 职称专业 | |  |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | |
| 档案所在地 |  | | | | | | | | |
| 联系电话 | 手机： 备用电话： | | | | | | | | |
| 学习工作 简　历 |  | | | | | | | | |
| 诚信 承诺 意见 | 本人上述所填写的情况及提供的相关材料、证件均真实、有效。若有虚假，责任自负。 　　　　　　　　　　　　　　　 报考人签名：  年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 审查 意见 | 审查人签名： 　 　年　　月　　日 | | | | | | | | |