附件2

2024年市妇幼保健院面向社会公开招聘人员报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  | 籍贯 |  |
| 学历/学位 |  | 报考岗位 |  | 所学专业 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 是否有执业证书 |  |
| 工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 现有职称 |  | 联系方式 | 手机： |
| 备用电话： |
| 住址 |  | 邮箱： |
| 学习工作经历 | （从高中开始连续填写至今） |
| 奖惩情况 |  |
| 诚信承诺 | 本人上述所填写的情况和提供的相关材料、证件均真实、有效。若有虚假，取消录用资格，责任自负。　　　　　　　　　　　　　报考人签名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 审查意见 | 审核人签名：年   月   日 |