苏州市吴中区2024年卫生健康系统事业单位补充招聘卫生专技人员

报名资格审查登记表

|  |
| --- |
| **考生信息（考生填写）** |
| 应聘单位 |  | 单位代码 |  | 应聘 岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | **（贴照片处）** |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 专业 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业日期 |  | 是否应届生 |  |
| 职称及等级 |  | 档案关系 所在地 |  |
| 工作经历（须有合同或社保证明） |  （ ） 年 | 现工作单位 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系地址 |  | 联系 电话 |  |
| 个人简历 | 自本人高中（中专）教育经历开始填写（包括在职学历）例：2009.09-2012.06 苏州大学临床医学专业 本科 2012.09-2024.03 苏州\*\*\*医院 内科 |
| 需说明其他与应聘有关的材料 |  |
| 是否符合岗位其他要求中的报考资格 |  |
| **报名者承诺：以上信息真实，无隐瞒、虚假或重复报名等行为；不存在须回避的关系。如有虚假，本人愿承担一切责任。****报名者签名：** **（本人手写签名）** |
| **审核信息（审核人员填写）** |
| **审核项目****（通过的打√）** | **年龄条件** | **学历要求** | **专业要求** | **其他资格条件** |
|  |  |  |  |
| **招聘单位初审意见： 审查者签名： 2024年 月 日** |
| **验证人员审核意见： 签名： 2024年 月 日** |

**填表说明：**

1. **本表考生仅需填写“考生信息”内容，考生需将本表签字后的扫描件和1寸证件照电子档发至应聘单位邮箱，资格复审时携带本表一式两份；**
2. **学历：请选择符合岗位要求专业的学历；**
3. **专业：必须与毕业证书完全一致，专业名称所含括号中内容也须如实准确填写；**
4. **毕业院校和毕业日期须与专业对应一致；**
5. **需说明其他与应聘有关的材料：请填写岗位其他要求中的证书（证件）材料获得情况，逐项分行填写。**

**格式：证书名称1，取得时间，证书编号。**

 **证书名称2，取得时间，证书编号。**