**2019年马鞍山市人民医院公开招聘研究生报名资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（方向） |  |
| 报考岗位 |  | 是否“四证合一”   及现有职称 |  |
| 家庭住址 |  |
| 档案所在地 |  |
| 联系方式 | 手机：备用电话：电子邮箱： |
| 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 |

注：网上报名时请上传身份证、毕业证、学位证、岗位需要的其他证件照片