**2020年马鞍山市中医院公开招聘人员报名资格审查表**

**年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 | |  | | 出生年月 | | |  | | 一寸照片 |
| 籍 贯 | |  | 民族 | |  | | 政治面貌 | | |  | |
| 所学专业 | |  | 毕业学校 | |  | | | | | | |
| 毕业时间 | |  | 学历 | |  | | 学位 | | |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | 现有职称 | | |  |
| 报考岗位 | |  | | | | 特长 | | |  | | | |
| 现工作单位 | |  | | | | | | 参加工作时间 | | | |  |
| 联系电话： | | 手机 | |  | | | | 备用联系电话 | | |  | |
| 学习工作简历 |  | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 诚信承诺 | 本人上述所填写的情况及提供的相关资料、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 | 审查人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |