附件2

马鞍山市卫生健康委2025年大学生乡村医生专项计划招聘报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  |
| 报考岗位 |  | | | 岗位代码 | |  | | |
| 现有职称 |  | | | 是否有执业证书 | |  | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | |
| 联系电话 | 手机： 备用电话： 电子邮箱： | | | | | | | |
| 个人  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 | | | | | | | |
| 县卫生健康委  审查意见 | 单位盖章  审查人签名： 年　月　日 | | | | | | | |
| 市卫生健康委  审查意见 | 单位盖章  审查人签名： 年　月　日 | | | | | | | |