|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **蒙城县中医院2019年紧缺型和高层次人才引进报名资格审查表** | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 | |  | 照 片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 婚姻状况 | |  |
| 学历 |  | 所学专业 |  | 政治面貌 | |  |
| 何年何月毕业何学校 |  | | | | | |
|
| 身份证号 |  | | | | 是否取得  资格证件 |  | |
| 报考岗位 |  | | | | 岗位代码 |  | |
| 联系电话 |  | | 通讯地址 | |  | | |
| 本 人 简 历 | 从高中写起： | | | | | | |
| 本 人 承 诺 | 本人自愿报名参加蒙城县中医院2019年紧缺型和高层次人才引进，保证本人以上所填相关内容和提供的证件完全真实，未隐瞒不符合引进要求的信息，否则取消本人聘用资格。  本人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 资格审查人签名： |  | | | | | | |
| 注： 1、此表在报名前自行下载打印填写；  2、本表须认真、如实填写。如有弄虚作假，一经查实，取消资格。 | | | | | | | |