|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2**  **2019年繁昌县县级医院公开招聘报名资格审查表**  编号： | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 出生年月 | |  | | 性别 |  | 贴照片处 |
| 身份证号 |  | | | | 户籍所在地 |  | |
| 学 历 |  | 学位 |  | | 毕业时间 |  | |
| 毕业学校 |  | | | | | 所学专业 | |  |
| 报考单位 |  | | | | | 岗位代码 | |  |
| 家庭住址 |  | | | | | | | |
| 档案所在地 |  | | | | | | | |
| 联系电话 | 手机： 备用电话： | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |