|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 元谋县第一人民医院2024年卫生紧缺人才招聘  报名资格审查表 | | | | | | | | | | | | | |
|  |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 民族 | | |  | | 照片 | |  |
| 出生年月 |  | | 户籍所 在地 | |  | | | | 婚姻  状况 | |  |  |
| 联系电话 |  | | 身份证 号码 | |  | | | | | | |  |
| 政治面貌 |  | | | 学 历 |  | | | | 学位 | | | |  |  |
| 毕业院校及专业 | |  | | | | | | 具备职称（执业资格）及取得时间 | | | |  | |  |
| 毕业时间 | |  | | | 家庭住址 | | |  | | | | | |  |
| 招聘单位 | |  | | | | 招聘岗位 | | | | |  | | |  |
| 个人简历 | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |
|  |
| 专业特长 | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |
| 个人承诺 | | 表中我所填的各项信息均真实、准确无误，如有虚假信息，本人愿承担一切责任。 承诺人：（签字）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |  |
|  |
| 资格审查意见 | | 符合岗位招聘条件，资格审查：  资格审查人签名：  　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |  |
|  |