2019年马鞍山市妇幼保健院公开招聘人员报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | | |  | | | 民族 | |  | | 政治面貌 | |  | | 照    片 |
| 出生年月 |  | | | 身份证号码 | | |  | | | | | | | 籍贯 | |  | |
| 学历 |  | | 学位 | | |  | | 所学专业（方向） | | | | | |  | | | |
| 毕业学校 |  | | | | | | 毕业时间 | |  | | | | | | 职称 | |  | |
| 报考岗位 |  | | | | 是否服从调剂  （高校毕业生） | | | | | |  | | 联系方式 | | 手机： | | | |
| 备用电话： | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | | 邮箱： | | | |
| 学习工作经历 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 诚信承诺 | 本人上述所填写的情况和提供的相关材料、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 | 审核人签名：  年    月   日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：网上报名时请上传，身份证、毕业证、学位证、岗位需要的其他证件照片。