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。