附件2：

成都市青羊区卫健系统公开考核招聘应届毕业生

报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 1寸彩色照片 |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 户口所在地 |  | 婚姻状况 |  |
| 第一学历毕业院校及专业 |  |
| 现就读学校及专业 |  |  |
| 入学时间 |  | 毕业时间(或预计毕业时间) |  |
| 现（拟）取得学历 |  | 现（拟）取得学位 |  |
| 联系电话 |  | 个人邮箱 |  |
| 报考单位及岗位名称 |  |
| 个人简历(从大学填起) |  |
| 奖惩情况 |  |
| 取得的各类资格证书 |  |
| 本人承诺 | 本人以上所填内容真实准确，谨此确认。报考者签名: 2019年月 日 |
| 招聘单位初审意见 | 审核人签字：  2019年月 日 | 复审意见 | 审核人签字： 2019年月 日 |