附件2

马鞍山市卫生健康委直属事业单位公开招聘

专业技术人员报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | | 民族 | |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | | | | 所学专业 |  | |
| 毕业时间 |  | | | 学历 |  | 学位 |  |
| 报考单位 | |  | | | | 报考岗位 | |  |
| 身份证号码 | |  | | | | 现有职称 | |  |
| 户口所在地 | |  | | | | | | |
| 家庭详细住址 | |  | | | | | | |
| 联系方式 | | 手机： 备用电话： 电子邮箱： | | | | | | |
| 主  要  简  历 | （从高中开始连续填写至今） | | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | | |
| 诚信  承诺 | 本人上述所填写的情况及提供的相关资料、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 | 审查人签名：  年 月 日 | | | | | | | |