附件2：

2024年天长市人民医院公开引进高学历、紧缺卫生专业技术人员

报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 学历（学位） |  | 毕业时间 |  | 资格种类 |  |
| 报考岗位（岗位代码） |  | 身份证号码 |  |
| 手机号码 |  | 家庭住址 |  |
|  |
| 主要学习工作简历 |  |
| 诚信承诺意见 | 1.本人已认真阅读、理解《**2024年天长市人民医院公开引进高学历、紧缺卫生专业技术人员公告**》内容，并接受其规定；2.本人承诺所填写信息均真实，保证在需要时能及时提供相关证件、档案等材料，如有虚假，或不能及时提供规定证件和材料，自动丧失聘用资格。 承诺人签名：2024年 月 日 |
| 资格审查意见 |  |
| 备注 |  |