附件2：

**2024年天长市中医院公开引进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年天长市中医院公开引进紧缺卫生专业技术人员的公告**》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 |  | | | | | | | | |