附件：

**亳州市妇幼保健院高层次人才招聘报名资格审查表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 贴照片处 |
| 民族、籍贯 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  |
| 最高学历及所学专业 |  | 最高学历毕业院校及毕业时间 |  |
| 身份证号码 |  | 现职称及取得时间 |  |
| 学习简历 |  |
| 工作简历 |  |
| 主持省级以上教学、科研项目及获奖情况 |  |
| 家庭情况 | 配偶姓名 |  | 工作单位及职务（是否在编） |  |
| 家庭主要成员 | 姓名 | 性别 | 年龄 |  政治面貌 | 职业 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 诚信承诺意见 | 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，责任自负。填写人签名：年月日 |