附件2：

**2019年望江县医院医共体成员单位公开招聘专业技术人员资格审查表**

报报考岗位：2019 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 民 族 |  | 照  片 | |
| 出生年月 |  | 学历（学位） |  | | 婚姻状况 |  |
| 专 业 |  | 籍贯 |  | | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  | | | | 身份 |  |
| 现有专业技术资格 |  | | | 是否具有乡镇卫生院或一级综合性医院及以上医疗卫生机构工作经历 | | | |  |
| 何年何月  毕业何学校 |  | | | | 报考单位 |  | | |
| 报考岗位 |  | | | | 联系电话 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | 手机号码 |  | | |
| 本人简历 |  | | | | | | | |
| 本人诚信承诺 | 本人自愿参加2019年望江县医院医共体成员单位考核考察方式引进人才报名，保证本人以上所填相关内容和提供的证件材料完全真实，并保证本人所提供号码的手机畅通，否则取消本人应聘或聘用资格。  本人签字：  2019年 月 日 | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | |
| 资格审查人签名： |  | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

**注：身份包括应届毕业生、社会人员、事业单位工作人员、四项目人员等。**