附件2

**阜阳市妇女儿童医院2020年紧缺人员招聘报名资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生 年月 | 　 | 相 片（白底小二寸） |
| 籍贯 | 　 | 民族 | 　 | 政治 面貌 |  | 健康 状况 | 　 |
| 身份证 号码 | 　　 |
| 报考岗位 | 　 |
| 毕业 院校 |  | 学历  |  | 学位 |   |
| 所学专业 |  | 毕业时间 |  | 资格证名称 |  |
| 家庭 住址 | 　 | 联系电话 |  | 手机号码 | 　 |
| 工作经历 | 　 |
| 诚信 承诺 意见 |  **本人提供材料及上述信息填写真实、有效。如有虚假，责任自负。** |
|  考 生（签名）： 年 月 日 |
| 备注 | 　 |