|  |
| --- |
| **2023年含山县人民医院公开招聘报名资格审查表** |
| 身份证号 码 |  | 姓 名 |  | 照 片 |
| 性 别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  | 学 历 |  |
| 何时毕业于何院校 |  | 所学专业 |  |
| 家庭住址 |  | 报考职位及代码 |  |
| 健康状况 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历（从高中起含毕业后工作经历） |  |
| 受过何种奖励和处分 |  |
| 家庭情况 | 家庭主要成员 |  |
| 诚信承诺意见 |  本人上述填写内容和提供的相关材料、证件均真实、有效，若有虚假，责任自负。   报考人签名：  年 月 日 |
| 以上各栏目由报考人填写 |
| 报名点初步审查意见 |
|  经初步审查，符合该职位招考条件，同意报考。有关证件材料待考核时进一步审查核实。如与报考公告条件不符，将取消其考试、录用资格。  审查人签名：  年 月 日 |