|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | | |