附件2

马鞍山市卫生健康委直属事业单位校园

招聘报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 户 籍所在地 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 身份证号 |  | 毕业院校 |  |
| 所学专业（专业方向） |  | 是否为专业学位硕士 |  |
| 报考志愿 |  | 报考单位 | 报考岗位 | 岗位代码 |
| 第一志愿 |  |  |  |
| 第二志愿 |  |  |  |
| 是否取得执业医师资格 |  | 执业类别/执业范围 |  |
| 联系方式 | 手机： 备用电话： 电子邮箱： |
| 家庭详细住址 |  |
| 主要简历 | （从高中开始连续填写至今） |
| 奖惩情况 |  |
| 诚信承诺 | 本人上述所填写的情况及提供的相关资料、证件均真实、有效。若有虚假，取消录用资格，责任自负。 报考人签名： 年 月 日 |
| 审查意见 | 审查人签名： 年 月 日 |