附件1

蒙城县医疗卫生单位2017年公开招聘工作

人员资格审查表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 出生年月 |  | | 民族 | |  | 小2寸照片 | |
| 户 籍 |  | 政治面貌 | |  | 身份证号码 | |  | | | |
| 家庭住址 |  | | | | 联系电话 |  | | | | |
| 报考单位 |  | | | | 报考岗  位代码 |  | | | | |
| 毕业院校 |  | | | | | | | | | |
| 学历/学位 |  | | 毕业时间 | |  | | | | 所学专业 | | |  |
| 家庭成员 |  | | | | | | | | | | | |
| 主要简历 |  | | | | | | | | | | | |
| 获奖  情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 审查意见 | 初审意见  审核人：  审核时间： 年 月 日 | | | | | 复审意见  审核人：  审核时间： 年 月 日 | | | | | | |
| 诚信声明：本人确保以上所填内容真实有效。如有不实被取消录用资格，本人愿负全责。  考生签名（手写）：  时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | |

**注：本表须认真、如实填写。如有弄虚作假，一经查实，取消资格。**