**滁州市第一人民医院公开招聘编外**

**医务人员报名资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 | 贴照片 |
| 身份证号 | 　 |
| 民 族 | 　 | 政治面貌 | 　 | 学历（学位） | 　 |
| 毕业院校 | 　 | 毕业时间 | 　 | 所学专业 | 　 |
| 工作单位 | 　 | 职务（职称） | 　 | 人事档案保管单位 | 　 |
| 家庭详细地址 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 通讯地址 | 　 | 邮政编码 | 　 |
| 报考单位 | 　 | 报考岗位 | 　 |
| 岗位科室 | 　 |
| 考试类别 | 　 |
| 简历 | (自高中填起，按起始时间、毕业院校/工作单位、专业/岗位、担任职务顺序填写） |
| 受过何奖 励或处分 | 　 |
| 诚信承诺意见 |  本人上述所填写的情况和提供的相关材料、证件均真实。若有虚假，一经查实，自动丧失应聘资格。  承诺人： 年 月 日  |
| 与招聘单位关系 | （如与招聘单位或上级主管部门干部职工存在亲属关系，或本人目前系招聘单位编外人员，含人事代理、人才派遣关系，虽不属于法定回避关系，但必须如实声明。） |
| 招考部门审查意见 |  审查人签字：  年 月 日 |
| 备注  | 　 |