附件2

**马鞍山市人民医院2020年第二批次面向社会公开招聘专业技术人员报名资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 　 | 出生年月日 | 　 | 性别 | 　 | 贴照片处 |
| 身份证号 | 　 | 户籍所在地派出所 | 　 |
| 学 历 | 　 | 学位 |  | 毕业时间 | 　 |
| 毕业学校 | 　 | 所学专业 | 　 |
| 报考岗位 |  | 报考岗位代码 |  |
| 工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 现有职称 |  | 是否有执业证书 |  |
| 家庭住址 | 　 |
| 档案所在地 | 　 |
| 联系电话 | 手机： 备用电话： 电子邮箱： |
| 学习工作简 历 |  |
| 诚信承诺意见 | 本人上述所填写的情况及提供的相关材料、证件均真实、有效。若有虚假，责任自负。报考人签名： 年 月 日 |
| 审查意见 | 审查人签名： 年 月 日 |

注：网上报名时请上传身份证、毕业证、学位证、岗位需要的其他证件照片