附件2：

**石台县公立医院招聘人员报名资格审查表**

**报名序号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 性别 |  | 民　族 |  | 政 治面 貌 |  | 照片 |
| 身份证号　码 |  | 学　历 |  | 毕 业 时 间 |  |
| 毕　业院　校 |  | 所　学专　业 |  |
| 其　它资　格 |  | 资格取得时间 |  |
| 出生地 |  | 联　系　电　话 |  |
| 家庭详细地址 |  | 邮　政编　码 |  |
| 个人 简历(从高中填起) | **起止年月** | **在何处（单位）学习或从事何工作** |
|  年 月至 年 月 |  |
|  年 月至 年 月 |  |
|  年 月至 年 月 |  |
|  年 月至 年 月 |  |
|  年 月至 年 月 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | **称　谓** | **姓　名** | **政治面貌** | **现在何处（单位）从事何工作(或任何职)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 诚信承诺 | 本人上述所填写的情况和提供的相关材料、证件均真实、有效。若有虚假，责任自负。报考人签名： 　 年　　月　　日 |
| 报考 单位 |  | 报考岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 资格初审意见 | 年　　月　　日 | 资格审查意见 | 年　　月　　日 |
| 备注 |  |

**填表说明：**

1、请报考者认真阅读《招聘公告》后如实准确填写。报考者隐瞒有关情况或提供虚假材料的，由聘用主管机关取消其考试或聘用资格，并按有关规定严肃处理。2、联系电话请填写能联系到本人的电话（固定或移动电话），如填错、电话关机停机等原因造成无法联系，耽误考试聘用的，后果自负。