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。**