|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 元谋县2023年卫生紧缺人才招聘报名资格审查表 |
|  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 照片 |  |
| 出生年月 |  | 户籍所在地 |  | 婚姻状况 |  |  |
| 联系电话 |  | 身份证号码 |  |  |
| 政治面貌 |  | 学 历 |  | 学位 |  |  |
| 毕业院校及专业 |  | 具备职称（执业资格）及取得时间 |  |  |
| 毕业时间 |  | 家庭住址 |  |  |
| 招聘单位 |  | 招聘岗位 |  |  |
| 个人简历 |  |  |
|  |
|  |
| 专业特长 |  |  |
|  |
| 个人承诺 |  表中我所填的各项信息均真实、准确无误，如有虚假信息，本人愿承担一切责任。 承诺人：（签字） 年 月 日 |  |
|  |
| 资格审查意见 | 符合岗位招聘条件，资格审查： 资格审查人签名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |  |
|  |