附件2：

**濮阳市第二人民医院（市眼科医院）**

**工作人员招聘报名资格审核表**

应聘岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 出生年月 |  | 二寸彩照 |
| 籍 贯 |  | | 政治面貌 | |  | | 外语水平 |  |
| 联系电话  及邮箱 |  | | 身份证号码 | |  | | | |
| 身高： (cm) 体重： (kg) | | | | | | | | | |
| 第一学历 |  | 毕业时间、毕业学校及专业 | | | |  | | | |
| 最高学历 |  | 毕业时间、毕业学校及专业 | | | |  | | | |
| 专业技术  资格情况 | 专业技术资格： 证书编号： 取得时间： | | | | | | | | |
| 工作经历（含毕业见习、实习） | 起止年月 | | | 工作单位及岗位 | | | | | 职务或职称 |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
| 特长及  获奖情况 |  | | | | | | | | |
| 资格审核  意见 | 审核人签字：  年 月 日 | | | | | | | | |

本人保证以上所填资料真实准确，如有违事实，自愿按医院招聘规定处理。

填写人签名：

年 月 日