附件2

**2019年马鞍山市人民医院公开招聘研究生报名资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（方向） | |  | | |
| 报考岗位 |  | | 是否“四证合一” 及现有职称 | |  | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | |
| 档案所在地 |  | | | | | | |
| 联系方式 | 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