|  |
| --- |
| **蒙城县中医院2019年紧缺型和高层次人才引进报名资格审查表** |
| 姓 名 | 　 | 性别 | 　 | 民 族 | 　 | 照 片 |
| 出生年月 | 　 | 籍贯 | 　 | 婚姻状况 | 　 |
| 学历 | 　 | 所学专业 | 　 | 政治面貌 | 　 |
| 何年何月毕业何学校 | 　 |
|
| 身份证号 |  | 是否取得资格证件 |  |
| 报考岗位 | 　 | 岗位代码　 |  |
| 联系电话 | 　 | 通讯地址 | 　 |
| 本 人 简 历 | 从高中写起： |
| 本 人 承 诺 |  本人自愿报名参加蒙城县中医院2019年紧缺型和高层次人才引进，保证本人以上所填相关内容和提供的证件完全真实，未隐瞒不符合引进要求的信息，否则取消本人聘用资格。 本人签字： 年 月 日 |
| 资格审查人签名： | 　 |
|  注： 1、此表在报名前自行下载打印填写；2、本表须认真、如实填写。如有弄虚作假，一经查实，取消资格。  |