**附件2**

**永仁县卫健系统2020年紧缺人才公开招聘**

**报名资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **民族** |  | **照片** |
| **出生年月** |  | **户籍所在地** |  |
| **联系电话** |  | **身份证号码** |  |
| **政治面貌** |  | **学 历** |  | **学位** |  |
| **毕业院校及专业** |  |
| **毕业时间** |  | **家庭住址** |  |
| **招聘单位** |  | **招聘岗位** |  |
| **个人简历** |  |
| **专业特长** |  |
| **资格审查意见** |  **资格审查负责人签名：** **资格审查成员签名：** **年　　月　　日** |