2021年宁国市公开引进高层次医疗卫生人才

报名资格审查表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  | 一寸近照 |
| 性 别 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 民 族 |  | 婚姻状况 |  | 籍 贯 |  |
| 职称 |  | 取得时间 |  |
| 本科毕业院校及专业 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 全日制硕士研究生毕业院校及专业 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 本人身份 |  □在编人员 □社会人员 □应届毕业生 | 联系电话(手机) |   |
| 报考岗位及代码 |  |
| 工作单位或通信地址 |  |
| 个人简历 | 示例：2013年9月-2017年7月 安徽医科大学内科学专业学生（从高中开始，至报名时间不间断） |
| 奖惩情况 | 示例：2013年9月获得安徽医科大学一等奖学金 |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 考生承诺 | 本人承诺:1、上述所填写的内容及所提供报名材料、证件均真实有效，若有虚假，将取消聘用资格；2、承诺在规定的时间内提供引进岗位所要求相应层次的学历、学位及其他相关资格证书，否则取消本人聘用资格。 报考人（签字）： 年 月 日  |