附件2

2022年度蒙城县公立医院引进高层次和紧缺型人才报名资格审查表

2022年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 | |  | 出生年月 |  | | 民族 | | |  | |  |
| 户籍 | |  | 政治面貌 | |  | 身份证号码 | |  | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | 联系电话 |  | | | | | | |
| 引进单位 | |  | | | | 职 称 |  | | | | 婚否 | |  |
| 毕业院校 | |  | | | | | | | | | | | |
| 学历 | |  | | 毕业时间 | |  | | | | 所学专业 | | | |  |
| 家庭成员 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 主要简历 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 获奖  情况 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 审查意见 | | 单位意见  单位负责人：（签字盖印）  时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 诚信声明：本人确保以上所填内容真实有效。如有不实被取消录用资格，本人愿负全责。  签名（手写）：  时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | | | |

**注：本表须认真、如实填写。如有弄虚作假，一经查实，取消资格。**