|  |
| --- |
| 2023年左权县人民医院（山西省人民医院左权分院）公开招聘专业技术人员资格复审信息采集表 |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 民 族 |  | 身份证号 |  |
| 籍 贯 |  | 准考证号 |  | 手机号 |  |
| 文化程度 |  | 毕业院校及毕业时间 |  | 所学专业 |  |
| 毕业证书编号 |  | 学位 |  | 学位证编号 |  |
| 现工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 档案存放地 |  |
| 服务基层项目类型、服务时间、合格证书编号等 |  |
| 家庭住址 |  |
| 主要学习工作经历 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 关系 | 姓名 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 个人承诺 | 我郑重承诺：以上信息由我本人填写，我对所填报内容及所提供的相关材料的真实性、准确性、完整性负责。若因本人提供虚假信息及材料被取消面试资格，本人承担因此造成的一切后果。本人签字： 年 月 日 |
| 审核意见 | 审核人： 年 月 日 |

**注：本表用A4纸打印，手工填写无效。**