附件2

**孝南区2023年基层医疗卫生专业技术人员公开招聘**

**资格审查登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性别 |  | 出生年月 |  | | 照  片 |
| 身份证号码 | | |  | | | | 政治面貌 |  | |
| 学 历 | | |  | | | 毕业时间 | |  | |
| 毕业院校及专业 | | | |  | | | | | |
| 专业技术资格 | | |  | | | | 取得时间 | |  | |
| 报考单位及岗位代码 | | |  | | | | | | | |
| 联系方式1 | | |  | | | | 联系方式2 | |  | |
| **学习、工作简历（从大学写起）** |  | | | | | | | | | |
| **岗位所需其他材料** |  | | | | | | | | | |
| 本人声明 | 本人提交的各种证件原件真实有效，经本人签名的复印件与原件一致，自愿承担因证件原件及复印件不真实而产生的一切后果。  承诺人签名: | | | | | | | | | |
| 资格审核意见 | ①符合报名资格。（请在括号内打“√” ） （ ）  ②不符合报名资格。（请在括号内打“×”） （ ）  审核人签字：、  　　　　　　　 　 年 　 月 　日 | | | | | | | | | |