|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附件2： |  |  |  |
|  宁县2024年医疗卫生事业单位公开引进急需紧缺专业人才报名资格审查表 |
| 姓　名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 2寸免冠照片 |
| 政治面貌 |  | 生源市、县（区） |  |
| 身份证号码 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 现家庭详细　 住　　　址 |  | 联系电话　　　　　　　　 | 手机1 |  |
| 手机2 |  |
| 应聘单位 |  | 应聘专业 |  |
| 本　　人　　　　　　承　　诺 | 1、 本人自愿到招聘单位工作； |
| 2、 本人保证相关信息的真实性，否则将承担由此带来的相关后果； |
| 3、 本人保证按时提交毕业证和学位证等相关证件； |
| 4、 本人将自觉遵守国家法律法规，爱岗敬业，尽职尽责。 |
|  　　　　 　本人签字： 年 月 日 |
|
| 报　名 流　程 | 资格审查  | 用人单位审查人签字：  | 主管部门审查人签字： |
| 须提交报名材料（按照公告要求） | ①个人简历；②身份证复印件；③学习成绩单（加盖学校印章）；④《就业协议书》原件；⑤毕业证（学位证）。 |
| 说 明 | ①此表由应聘人员填写，工作人员审查。 　　　　　　　　　 ②报名人员选择单位和专业时只能选择一个岗位（专业）报考，不允许填报两个及以上岗位（专业）。 ③提供虚假证件取消本次资格，一年内不得报考我县事业单位公开招聘。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ④此表一式一份，必须由本人亲笔填写，他人不得代填，涂改无效。 ⑤此表在资格复审时与报名材料一并提交。  |