附件2：

北安市2024年社区卫生服务中心公开招聘工作人员

报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 毕业院校及专业 |  | | | | | |
| 报考单位 |  | | | | 岗位代码 |  |
| 家庭成员 | 姓名 | | | 关系 | 工作单位及职务 | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
| 个人简历 |  | | | | | 报名人承诺：  本报名表所填信息及提交的各类证件材料均真实有效，如有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  签名：    年 月  日 |
| 奖惩情况 |  | | | | |
| 审核意见 |  | | | | |