附件2：

铁力市2024年益康社区卫生服务中心

公开招聘医学毕业生报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民族 |   | 政治面貌 |  | 身份证号 |  |
| 第一学历 | 毕业院校 |  | 最高学历 | 毕业院校 |  |
| 所学专业 |  | 所学专业 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业时间 |  |
| 专业技术职务 |  | 符合政策加分项目 |  |
| 家庭住址 |  | 户籍所在地（户口簿所在派出所） |  |
| 工作单位 |  | 单位性质 | 机关、事业、国企、私企等 | 联系电话 |  |
| 报考单位 |  | 报考 岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 个人简历（从高中学历开始填写至今、不得间断） |  | 我已仔细阅读本次《铁力市2024年益康社区卫生服务中心招聘医学毕业生公告》，清楚并理解其内容，我郑重承诺：本人符合报考条件，保证所提供的材料真实、准确、有效；自觉遵守事业单位公开招聘的各项规定，诚实守信，认真履行义务，遵守考试纪律，服从考试安排，不舞弊或协助他人舞弊；保证在考试及招录期间手机、联系电话畅通。对因违反以上承诺所造成的后果，本人自愿承担相应责任。签名： 年 月  日 |
| 家庭主要成员及社会关系 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 审核意见 |   |

说明：“联系电话”请填写能联系到本人或家人的电话，如填写错误、手机关机、停机等个人原因造成无法联系耽误考试聘用的后果自负。