**阜阳市第五人民医院**

**报 名 资 格 审 查 登 记 表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | **照片二寸****两张** |
| 户籍地（毕业生填生源地） |  | 政治面貌 |  |
| 现工作单位（毕业生填所在院校） |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 专业 |  |
| 参加工作时间 |  | 职称 |  |
| 毕业院校及毕业时间 |  | 档案关系所在地 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通信地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 手机号码 |  |
| 应聘岗位代码及岗位名称 |  |
| 政策性照顾或其他放宽情况 |  |
| **报名者承诺：以上填报信息完全符合事实，无故意隐瞒、虚假申报或重复报名等行为；所提供的应聘材料和证书（件）均为真实有效；与应聘单位领导人员不存在须回避的关系。如有不实，一切后果由报名者自负。****报名者签名：**  **2017年 月 日** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**资 格 审 查 记 录**

（由验证处工作人员填写）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **资格审查项目****（合格的打√）** | **户籍生源地** | **年龄条件** | **学历要求** | **专业要求** | **其他资格条件** |
|  |  |  |  |  |
| **验证人员****审核意见** |  | **工作人员签名： 2017年 月 日**  |
| **报名者另需****说明的事项** | **报名者签名： 2017年 月 日** |