|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2：**  **株洲市卫生计生委直属公立医院院校直招人员资格审查表** | | | | | | | | | | | | |
| **姓 名** | |  | **性 别** |  | | | **民族** | | |  | | **相片** |
| **出生年月** | |  | **政治面貌** |  | | | **籍贯** | | |  | |
| **健康状况** | |  | **最高学历及学位** | | | |  | | | | |
| **毕业院校** | |  | | | | | **所学专业** | | |  | |
| **职称、执（职）业资格** | | |  | | | | **取得时间** | | |  | |
| **身份证号** | |  | | | | | **有何特长** | | |  | |
| **通讯地址** | |  | | | | | **联系电话** | | |  | | |
| **父母联系电话** | |  | | | **邮政编码** | | | |  | **E-mail** | |  |
| **简历** | |  | | | | | | | | | | |
| **与应聘岗位相关的实践经历或取得的成绩** | |  | | | | | | | | | | |
| **应聘单位及岗位** | |  | | | | | | **岗位代码** | | |  | |
| **应 聘 人 员 承 诺** | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。  应聘人签名：  年 月 日** | | | **资 格 审 查 意 见** | | **经审查，符合应聘资格条件。    审查人签名： 招聘单位（章）  年 月 日** | | | | | | |
| **说明1、报名序号由招聘单位填写。** | | | | | | | | | | | | |
| **2、考生必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消考试或聘用资格。** | | | | | | | | | | | | |
| **3、经审查符合笔试资格条件后，此表由招聘单位留存，并由考生现场登记确认。** | | | | | | | | | | | | |
| **4、考生需准备2寸彩色登记照片2张，照片背面请写上自己的姓名。** | | | | | | | | | | | | |
| **5、如有其他学术成果或课题及需要说明的情况可另附。** | | | | | | | | | | | | |