|  |
| --- |
| **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。** |