附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 舒城县公立医院招聘工作人员报名资格审查表  **报考单位：报考岗位：笔试科目：** | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生 年月 |  | 贴照片 |
| 身份证  号码 |  | | | | 婚姻  状况 |  |
| 学历 |  | 学位 | |  | 执业  资格 |  |
| 毕业院校  及专业 |  | | | | 籍贯 |  |
| 现工作  单位 |  | | | | 现户籍  所在地 |  | |
| 现居住地 |  | | | | 联系  电话 | **手机：**  **固话：** | |
| 本人学习  和工作  简历  (自中学  填起） |  | | | | | | |
| 舒城县  公立医院  审查意见 | （盖章）  审查人签名： 2016年月日 | | | | | | |
| 身份证复印件粘贴处 | | | | | | | |