**潜山市立医院编制周转池聘用人员**

**报名资格审查表**

拟聘岗位：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  | 照片粘贴处 |
| 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  | 婚姻情况 |  |
| 所学专业 |  | 学历 |  | 学位 |  | 籍贯 |  |
| 身 份 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 现工作单位或通信地址 |  | 联系电话 | 手机： |  |
| 住宅： |  |
| 专业技术资质及取得时间 |  |
| 本人简历 |  |
| 诚信承诺意见 | 本人郑重承诺:上述所填写的内容及所提供报名材料、证件均真实有效，若有虚假，将取消聘用资格。  拟聘人（签字）：  2024年 月 日 |
| 资格审查 意见 |  审查人（签字）：  2024年 月 日 |