附件2：

孙吴县卫生健康局所属事业单位面向国内医学院校

公开引进医疗卫生急需紧缺人才报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 | |  | | 照  片 |
| 籍贯 |  | | 民族 |  | 政治面貌 | |  | |
| 身份证号码 | | |  | | 联系电话 | |  | |
| 现家庭住址 | | |  | | | | | |
| 毕业院校及专业 | | |  | | | | | | |
| 学历 | | |  | | | 学位 | |  | |
| 报考单位 | | |  | | | 报考岗位代码 | |  | |
| 是否服从调剂 | | |  | | | | | | |
| 个人简历 | | （从高中开始填写） | | | | | | 报名人承诺：  本报名表所填信息及提交的各类证件材料均真实有效，如有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  签名：  年 月 日 | |
| 家庭成员主要社会关系单位 职务 | |  | | | | | |
| 奖惩情况 | |  | | | | | |
| 审核意见 | |  | | | | | | | |

说明：“联系电话”请填写能联系到本人或家人的电话，如填写错误、手机关机、停机等个人原因造成无法联系耽误考试聘用,后果自负**。**