附件2：

**天长市人民医院引进紧缺专业技术人员报名资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 | 贴照片 |
| 民族 | 　 | 籍贯 | 　 |
| 原始学历毕业院校 | 　 | 所学专业 | 　 |
| 最高学历毕业院校 | 　 | 所学专业 | 　 |
| 最高学历 | 　 | 毕业时间 | 　 | 资格种类 | 　 |
| 报考岗位（岗位代码） | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 手机号码 | 　 | 家庭住址 | 　 |
| 　 |
| 主要学习工作简历 |  |
| 诚信承诺意见 | 1.本人已认真阅读、理解《天长市人民医院引进紧缺专业技术人员公告》内容，并接受其规定；2.本人承诺所填写信息均真实，保证在需要时能及时提供相关证件、档案等材料，如有虚假，或不能及时提供规定证件和材料，自动丧失聘用资格。承诺人签名：2020年 月 日 |
| 资格审查意见 | 　 |
| 备注 | 　 |