|  |
| --- |
| 附件2：**含山县中医医院报名资格审查表** |
| 身份证号码 |  | 姓 名 |  | 照片 |
| 性别 |  | 民族 |  | 出 生年 月 |  |
| 籍贯 |  | 政治面貌 |  | 学历 |  |
| 何时毕业于何院校 |  | 所学专业 |  |
| 家庭住址 |  | 报考岗位 |  |
| 是否服从分配 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历（从高中起含毕业后工作经历） |  |
| 受过何种奖励和处分 |  |
| 家庭情况 | 家庭主要成员 |  |
| 诚信承诺意见 | 本人上述填写内容和提供的相关材料、证件均真实、有效，若有虚假，责任自负。 报考人签名： 年 月 日 |