附件4

|  |
| --- |
| 亳州市第二人民医院2021年公开招聘人员资格审查表 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |  |
| 身份证号 |  | 出生年月 |  | 婚姻状况 |  |
| 学历学位 |  | 毕业时间 |  | 参加工作时间 |  |
| 政治面貌 |  | 报考岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 资格证名称及资格取得时间 |  |
| 规培证取得时间及证书编号 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 工作单位 |  | 单位性质 |  |
| 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 通讯地址 |  | 联系方式 |  |
| 工作经历 |  |
|
|
|
|
|
| 奖惩情况 |  |
|
|
|
|
| 家庭主要成员及社会关系 |  |
|
|
|
|
| 考生诚信承诺意见 | 上述所填写情况和提供的相关材料、证件均真实有效。若有虚假，同意取消聘用资格。报考人（签名）： 年 月 日 |
|
|
| 备注 |  |
|
|