附件2

2020年马鞍山市妇幼保健院校面向全日制普通高校招聘应届毕业生报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  | 籍贯 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 所学专业（方向） |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 职称 |  |
| 报考岗位 |  | 联系方式 | 手机： |
| 备用电话： |
| 家庭住址 |  | 邮箱： |
| 学习工作经历 | （从高中开始连续填写至今） |
| 奖惩情况 |  |
| 诚信承诺 | 　　本人上述所填写的情况和提供的相关材料、证件均真实、有效。若有虚假，取消录用资格，责任自负。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　报考人签名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 审查意见 | 审核人签名：年   月   日 |

注：网上报名时请上传，身份证、毕业证、学位证、岗位需要的其他证件照片。