附件2：

|  |
| --- |
| 2020年亳州市妇幼保健院公开招聘工作人员报名资格审查表 |
| **个人信息** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 籍贯 |  |
| 身份证号码 |  | 出生年月 |  |
| 毕业时间 |  | 学历 |  | 专业 |  |
| 毕业院校 |  | 学位 |  | 政治面貌 |  |
| 联系电话 |  | 专业技术职称 |  |
| 工作简历 |  |
| **报考信息** |
| 岗位代码 |  | 岗位名称 |  |
|
| 诚信承诺 |  本人符合《2020年亳州市妇幼保健院公开招聘工作人员公告》所述“岗位资格条件要求”，本人所填内容和提供的各类证件及材料均真实、有效。 上述承诺真实有效，如有弄虚作假行为，亳州市妇幼保健院有权对本人予以取消相应资格或辞退处理。 特此承诺。  承诺人（签名）： 2020年 月 日  |
| **工作人员填写** |
|   审查人签名：  2020年 月 日 |