附件1：

**2023年当涂县人民医院公开招聘人员报名资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | | |  | | | （照片） |
| 出生年月 |  | | 民 族 | | |  | | |
| 婚姻状况 |  | | 学 历 | | |  | | |
| 学 位 |  | | 报考岗位代码 | | |  | | |
| 现工作单位 |  | | | | | 职称或执业资格 | | |  |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | 联系电话  （含手机) | | | |  |
| 专业学习及工作简历 |  | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | |
| 家庭主要  成员情况 | 称 谓 | 姓 名 | | | | | 工作单位 | | |
|  |  | | | | |  | | |
|  |  | | | | |  | | |
|  |  | | | | |  | | |
| 个人诚信承诺 | 1、以上所填信息真实无误，如有虚假，本人愿意承担一切后果。  2、报考护理岗位的，无常见药物过敏史。  3、本人报考 （岗位代码），且愿意从事 岗位。  承诺人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 报名初  审意见 | 签名：  年 月 日 | | | 报名复  审意见 | | | | 签名：  年 月 日 | |