附件2

**孝南区2023年基层医疗卫生专业技术人员公开招聘**

**资格审查登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 身份证号码 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 专业技术资格 |  | 取得时间 |  |
| 报考单位及岗位代码 |  |
| 联系方式1 |  | 联系方式2 |  |
| **学习、工作简历（从大学写起）** |  |
| **岗位所需其他材料** |  |
| 本人声明 |  本人提交的各种证件原件真实有效，经本人签名的复印件与原件一致，自愿承担因证件原件及复印件不真实而产生的一切后果。承诺人签名: |
| 资格审核意见 | ①符合报名资格。（请在括号内打“√” ） （ ）②不符合报名资格。（请在括号内打“×”） （ ）　 审核人签字：、 　　　　　　　 　 年 　 月 　日 |