|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2024年度南陵县医疗卫生事业单位公开招聘工作人员**  **报名资格审查表**  编号： | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 出生年月日 | |  | 性别 |  | 贴照片处 |
| 身份证号 |  | | | | 户籍所在地 |  | |
| 学 历 |  | 学位 | |  | 毕业时间 |  | |
| 毕业学校 |  | | | | | 所学专业 | |  |
| 报考单位 |  | | | | | 岗位代码 | |  |
| 现有资质及专业 |  | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | |
| 档案所在地 |  | | | | | | | |
| 联系电话 | 手机： 备用电话： | | | | | | | |
| 学习工作 简　历 |  | | | | | | | |
| 家庭关系 |  | | | | | | | |
| 审查 意见 | 审查人签名： 　 　年　　月　　日 | | | | | | | |