|  |
| --- |
| **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 |