附件4

冕宁县2019年考核招聘卫生专业技术人员

报名资格审查表

报名编号： 考核聘用单位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 族别 |  | 2寸标准照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 学历 |  |
| 毕业时间 |  | 是否普通全日制 |  |
| 户籍所在地 |  | 通讯地址 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 考核聘用岗位名称 |  | 报考专业 |  |
| 本 人 简 历  |  |
| 招聘单位审查意见 | 审查人：单位（盖章）年 月 日 | 主管部门审查意见 | 审查人：单位（盖章）年 月 日 |
| 县人社局审查意见 | 审查人： 单位（盖章）年 月 日 | 诚信声明 | 本人确认以上所填信息真实、准确。如有不实导致被取消录用资格，本人愿负全责。考生承诺签名（手写）： 年 月 日 |

 近期同底免冠2寸彩色高清标准照片3张，（报名表1张，准考证2张），表间结构不得更改。