附件2

2022年度蒙城县公立医院引进高层次和紧缺型人才报名资格审查表

 2022年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |   | 出生年月 |   | 民族 |   |  |
| 户籍 |   | 政治面貌 |   | 身份证号码 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |   |
| 引进单位 |   |  职 称 |   | 婚否 |   |
| 毕业院校 |   |
| 学历 |   | 毕业时间 |   | 所学专业 |   |
| 家庭成员 |  |
| 主要简历 |   |
| 获奖情况 |  |
| 审查意见 | 单位意见单位负责人：（签字盖印）时间： 年 月 日 |
| 诚信声明：本人确保以上所填内容真实有效。如有不实被取消录用资格，本人愿负全责。签名（手写）：  时间： 年 月 日  |
| 备注 |  |

**注：本表须认真、如实填写。如有弄虚作假，一经查实，取消资格。**