附件2：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **含山县中医医院报名资格审查表** | | | | | | |
| 身份证 号码 |  | | | 姓名 |  | 照片 |
| 性别 |  | 民族 |  | 出生 年月 |  |
| 籍贯 |  | 政治 面貌 |  | 学历 |  |
| 何时毕业  于何院校 |  | | | 所学专业 |  |
| 家庭住址 |  | | | 报考岗位 |  | |
| 是否服 从分配 |  | | | 联系电话 |  | |
| 个人简历 （从高中起含毕业后工作经历） |  | | | | | |
| 受过何 种奖励 和处分 |  | | | | | |
| 家庭 情况 | 家庭 主要 成员 |  | | | | |
| 诚信 承诺 意见 | 本人上述填写内容和提供的相关材料、证件均真实、有效，若有虚假，责任自负。   报考人签名：  年 月 日 | | | | | |