附件2：

成都市青羊区卫健系统公开考核招聘应届毕业生

报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 |  | | 民族 | | |  | | | | 1寸  彩色  照片 |
| 籍 贯 | |  | 政治面貌 |  | | 健康  状况 | | |  | | | |
| 出生年月 | |  | 身份证号 |  | | | | | | | | |
| 户口所在地 | |  | | | | | 婚姻  状况 | | | |  | |
| 第一学历毕业院校及专业 | |  | | | | | | | | | | |
| 现就读学校  及专业 | |  | | | | | | | | | | |  |
| 入学时间 | |  | | 毕业时间(或预计毕业时间) | | | | |  | | | | |
| 现（拟）  取得学历 | |  | | 现（拟）  取得学位 | | | | | |  | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | 个人邮箱 | |  | |
| 报考单位及岗位名称 | |  | | | | | | | | | | | |
| 个人简历  (从大学填起) | |  | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 | |  | | | | | | | | | | | |
| 取得的各类资格证书 | |  | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺 | | 本人以上所填内容真实准确，谨此确认。  报考者签名: 2019年月 日 | | | | | | | | | | | |
| 招聘单位初审  意见 | 审核人签字：  2019年月 日 | | | | 复审  意见 | | | 审核人签字：  2019年月 日 | | | | | |