**附件二：**

**安徽省妇女儿童医学中心 合肥市妇幼保健院2024年招聘工作人员资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 近期免冠  一寸照片 |
| 出 生  年 月 |  | 籍 贯 |  | 婚 姻  状 况 |  |
| 政 治  面 貌 |  | 参加党派  时间 |  | 是否应届毕业生 |  |
| 本科学制（几年） |  | 本科学位 |  | 本科专业 |  | |
| 本科毕业  院 校 |  | | | 身份证  号 码 |  | |
| 应聘岗位  及代码 |  | | | 职称及取得时间 |  | |
| 现工作单位 |  | | | 户 籍  所在地 | 市（县） 公安局 派出所 | |
| 联系电话 | 手机： 电子邮箱： | | | | | |
| 研究生填报 | 毕业院校 | |  | | | |
| 学位 | |  | | | |
| 学制 | |  | | | |
| 类型  （学术型/专业型） | |  | | | |
| 学习经历  （中学开始） |  | | | | | |
| 工作经历  参与的课题、项目  发表论文 |  | | | | | |
| 诚信声明 | 本人承诺以上所填内容属实，并已达到报名条件，否则本次报名无效。  签名：（手签）  年 月 日 | | | | | |
| 报考资格  审查意见 | 审核人签名：  年 月 日 | | | | | |