附件2：

**黑河市爱辉区卫生健康系统**

**引进急需短缺专业技术人才资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生  年月 | |  | 照  片 | |
| 民族 |  | 政治  面貌 |  | 身份  证号 | |  |
| 毕业 院校 |  | 毕业 时间 |  | 所学 专业 | |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 是否全 日制 | |  |
| 家庭住址 | |  | | | 户籍所在地  （户口簿所在派出所） | |  | |
| 工作单位 | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 报考单位 | |  | | 报考 岗位 |  | | 岗位代码 |  |
| 个人简历  （从报名所用学历开始填写、不得间断） | |  | | | | | 报名人承诺：  本报名表所填信息及提交的各类证件材料均真实有效，如有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  签名：    年 月  日 | |
| 审查资料  （在资料名称  后填写份数） | | 1.身份证： 2.《教育部学籍在线验证报告》：  3.在读期间无影响毕业的违纪及其他行为的证明：  4.第二学位证明： 5.照片： 6.其他学历材料 ： | | | | |
| 审核意见 | |  | | | | | | |

说明：“联系电话”请填写能联系到本人或家人的电话，如填写错误、手机关机、停机等个人原因造成无法联系耽误考试聘用的后果自负。