**南涧县卫生健康系统2024年公开招聘编外工作人员报名资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 | | | |  | | |
| 学历 |  | | | 所学专业 | |  |
| 毕业院校及毕业时间 | | | |  | | |
| 报考单位及岗位 | |  | | | | |
| 拥有资格证情况 | | | |  | | |
| 联系电话 | | | |  | | |
| 本人承诺：本人符合公告所述的报名条件，不存在不予报考的任一情形，所提供的报名资料真实有效，若存在弄虚作假行为，自报名之日起至聘用期间的任何时刻均可被用人单位取消考试资格或聘用资格。若因信息填写错误、缺失等原因造成的一切后果，由本人承担。  本人签字（按手印）： 年 月 日 | | | | | | |
| 现场  审核  情况 | 招聘单位审核意见：    年 月 日 | | | | | |