

# 贵德县人民医院2024年校园引才资格复审审核表

证书类型	<input type="checkbox"/> 高中毕业证书		<input type="checkbox"/> 专科毕业证书		
	<input type="checkbox"/> 本科毕业证书		<input type="checkbox"/> 研究生毕业证书		
姓 名		性 别		出生日期	
入学年月		毕业年月			
专 业				学 制	
准考证号				报考岗位	
学历 证书编号					
其他材料					
<p>本人是参加贵德县人民医院 2024 年校园引才的考生，我郑重承诺以下事项： 保证资格复审审核时所提交的所有证件及材料均真实、有效。如有虚假信息和作假行为，自觉接受取消考试和录取资格，本人承担一切后果。</p> <p style="margin-top: 40px;">考生本人签字：</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p>					
审核人意见					
<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	审核人签名：			年 月 日	