附件1：

黑河市口腔医院

招聘工作人员报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照  片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 联系电话 | |  | | | |
| 身份证号码 | |  | | | |
| 工作单位 | |  | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | |
| 毕业院校及专业 | |  | | | | |
| 报考职位 | |  | | | | |
| 个  人  简  历 | 例：  XXXX年XX月-XXXX年XX月 XX中学 学生  XXXX年XX月-XXXX年XX月XX公司 职员  XXXX年XX月-XXXX年XX月 XX单位 职员 | | | | | 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 |
| 家庭  成员  主要  社会  关系  单位  职务 | 例：  XX 父亲 务农 农民  XX 母亲 XX单位 职员  XX 岳父 无业  XX 岳母 XX公司 职员  XX 配偶 XX单位 职员 | | | | |
| 奖惩  情况 | 例：  XXXX年XX月 XX奖项  XXXX年XX月 XX惩处 | | | | |
| 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。