

附件 2:

2020 年度望江县县域医共体成员单位 公开招聘工作人员资格审查表

报考医共体名称:

2020 年 月 日

姓 名		性 别		民 族		照 片
出生年月		学历（学 位）		婚姻状况		
专 业		籍贯		政治面貌		
何年何月毕业何 学校						
身份证号				身 份		
现有专业技术资 格				报考岗位		
现有专业技术资 格证书编号				联系电话		
通讯地址				手机号码		
本 人 简 历						
本 人 诚 信 承 诺	本人自愿参加 2020 年度望江县县域医共体成员单位公开招聘工作人员考试，保证本人以上所填相关内容和提供的证件、证件材料完全真实，并保证本人所提供号码的手机畅通，否则取消本人应聘或聘用资格。 本人已认真阅读《2020 年度望江县县域医共体成员单位公开招聘工作人员考试期间疫情防控须知》，承诺已知悉告知事项、证明义务和防疫要求，并自愿承担相关责任。 本人签字：_____ 2019 年 月 日					
备 注						
资格审查人签 名：						

注：身份包括应届毕业生、社会人员、事业单位工作人员、四项目人员等。