附件2

宿州市立医院2025年度社会招聘医护人员资格审查表

应聘岗位代码： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | |  | 出生年月 |  | （粘贴小2寸  免冠照片） |
| 身份证  号码 | |  | | | | | | | |
| 民族 | |  | | | 籍贯 | |  | 政治面貌 |  |
| 学历/学位 | |  | | | | | 毕业  时间 |  | |
| 毕业院校及所学专业 | | | |  | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | 职务/职称 |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | 联系电话 |  |
| 个人专业  特长 | |  | | | | | | | | |
| 教育  背景 | 本、硕（须写明起止时间、毕业院校、专业） | | | | | | | | | |
| 工作  经历（包括进修  经历） |  | | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | | | | |
| 近五年来主持/参与课题情况 |  | | | | | | | | | |
| 近五年来论文  发表/  论著出版情况 |  | | | | | | | | | |
| 直系亲属及主要社会  关系 | 姓 名 | | 关 系 | | | 工 作 单 位 及 职 务 | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
| 诚信承诺 | | | 本人上述填写的内容和提供的材料、证件均真实、有效。若有不实之处，自愿承担一切责任。  签名： | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |

说明：请应聘人员如实准确填写，若隐瞒有关情况或提供虚假材料的，取消专业测试或聘用资格，并按有关规定严肃处理。