附件1

**安徽卫生健康职业学院附属医院2023年**

**招聘工作人员报名及审核表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 应聘岗位岗位代码 |  | 照片 |
| 性别 |  | 出生年月 |  | 最高学历 |  |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 最高学位 |  |
| 毕业学校及专业 |  |
| 职称/职业资格 |  | 家庭地址 |  | 联系电话 |  |
| **学习经历（从高中或中专至今）** |
| 起止日期 | 毕业学校 | 专业 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **工作经历** |
| 起止日期 | 工作单位及岗位 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 其他说明 |  |
| 诚信承诺 |    本人承诺以上所填内容属实，并已达到报名条件，否则取消录用资格。 签名： 年 月 日  |
| 审查结果 |  审核人签名： 年 月 日 |