附件7

伊滨区乡镇卫生院公开招聘工作人员

面试资格确认表

报考单位： 报考岗位： 职位代码：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 报考岗位 |  | 职位代码 |  |
| 现户籍所在地 |  | 档案所在地 |  | 身份证号码 |  |
| 何时何校何专业毕业（最高学历） |  |
| 第一学历 | 层次 |  | 最高学历 | 层次 |  |
| 性质 |  | 性质 |  |
| 联系电话 | （1） （2） （3）  |
| 本人简历 |  |
| 诚信保证 | 1. 本人完全明白本次招聘的报名条件，并保证本人符合本次招聘的资格条件。2. 本表所填信息正确无误，所提交的证件真实有效。3. 本表所填内容如有不实，取消考试、聘用资格，由此产生的一切后果由本人承担。本人签名：年 月 日 |
| 资格审查意 见 |    审查人： 年 月 日 |

填表说明：

1．本表1式2份，所提交材料复印件2份分别附本表后。

2．户籍所在地是指现本人户口所在地。

3．学历层次指大专、本科、硕士研究生；学历性质指统招或非统招。

4．个人简历从高中填起。

5．诚信保证需本人签字（手签，打印无效）。

6．所填内容务必真实、准确，有弄虚作假者，一经查实，取消聘用资格。