附件：

2017年苏州市食品药品监督管理局下属事业单位

公开招聘工作人员报名资格审查登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （贴照片处） | |
| 民族 |  | 户籍  （生源）地 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历  （学位） |  | 所学专业 |  | 档案关系所在地 |  |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 |  |
| 现工作单位及岗位 |  | | | 参加工作  时 间 |  | | |
| 身份证号 |  | | | 家庭地址 |  | | |
| 联系电话 |  | | | 手机号码 |  | | |
| 应聘岗位  名 称 |  | | | 岗位代码 |  | |
| 报名者承诺：以上信息真实，无隐瞒、虚假或重复报名等行为；所提供的应聘材料和证书（件）均为真实有效；不存在须回避的关系。如有虚假，本人愿承担一切责任。  报名者签名： 20 年 月 日 | | | | | | | |
| 招聘单位初审意见： 审查者签名：  20 年 月 日 | | | | | | | |

资 格 审 查 记 录

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 资格审查项目  （合格的打√） | 户籍生源地 | 年龄条件 | 学历要求 | 专业要求 | 其他资格条件 |
|  |  |  |  |  |
| 验证人员  审核意见 | 验证意见： 签名： 20 年 月 日 | | | | |
| 报名者另需  说明的事项 | 报名者签名： 20 年 月 日 | | | | |