

附件1

2024年格尔木市第二人民医院校园引才 资格复审审核表

证书类型	<input type="checkbox"/> 高中毕业证书		<input type="checkbox"/> 专科毕业证书		
	<input type="checkbox"/> 本科毕业证书		<input type="checkbox"/> 研究生毕业证书		
姓名		性别		出生日期	
入学年月		毕业年月			
专业				学制	
准考证号				报考岗位	
学历证书编号					
其他材料					

本人是参加2024年格尔木市第二人民医院校园引才的考生，我郑重承诺以下事项：

保证资格复审审核时所提交的所有证件及材料均真实、有效。如有虚假信息和作假行为，自觉接受取消考试和录取资格，本人承担一切后果。

考生本人签字：

年 月 日

审核人意见					
<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	审核人签名：		年 月 日		