附件4

石柱县基层医疗卫生机构2021年公开招聘紧缺专业技术人员和属地化医学类专业高校毕业生资格审查表

报考单位： 报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 政治  面貌 |  | | | 照  片 |
| 身份证号 |  | | | | | | | | |
| 民族 |  | | 婚姻  状况 |  | | 现户籍所在地 |  | | |
| 毕业院校 |  | | | | | 学历 |  | | |
| 所学专业 |  | | | | | 学位 |  | | |
| 第二学历（辅修）专业 | |  | | | | | | | |
| 专业证书  或资格 |  | | | | 职称或职务 | |  | | | |
| 固定电话 |  | | | | 移动电话 | |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | 邮编 |  | |
| 个人简历  （从高中入学时间开始  填写） |  | | | | | | | | | |
| 填写信息  属实承诺 | 本人承诺，符合本次报考条件及岗位资格条件，本表所填写信息与报名信息及档案材料填写一致，否则后果自行负责。  填表人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 资格审查  结果 | 是否符合报考条件：  审查人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | |

注：本表由取得报名资格现场审查的考生本人填写1份，贴近期免冠一寸相片一张，在现场资格审查时交工作人员。