附件2

2016年龙泉驿区公开招聘优秀

骨干医务人员报名资格审查表

工作单位： 单位级别：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **性别** | |  | | **出生年月**  **（ 岁）** | |  | |  |
| **民族** |  | | **籍贯** | |  | | **出生地** | |  | |
| **政治**  **面貌** |  | | **参加工作**  **时间** | |  | | **身份编制** | |  | |
| **现任**  **职务** |  | | **任职时间** | |  | | **从事专业** | |  | |
| **专业技术职务** |  | | **聘任时间** | |  | | **健康状况** | |  | |
| **学历**  **学位** | **全日制**  **教 育** | |  | | | | **毕业院校**  **系及专业** | |  | | |
| **在 职**  **教 育** | |  | | | | **毕业院校**  **系及专业** | |  | | |
| **报考单位及岗位** | | |  | | | | **是否愿意服从调配** | | |  | |
| **主**  **要**  **学**  **习**  **和**  **工**  **作**  **简**  **历** |  | | | | | | | | | | |
| **主**  **要**  **科**  **研**  **成**  **果** |  | | | | | | | | | | |
| **家**  **庭**  **主**  **要**  **成**  **员**  **及**  **社**  **会**  **关**  **系** | **称 谓** | **姓 名** | | **出生年月** | | **政治 面貌** | | **工作单位及职务** | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
| **何时何地受过何种奖励处分** |  | | | | | | | | | | |
| **其他需要说明的问题** |  | | | | | | | | | | |
| **本人 承诺** | **我保证上述表格中所填写的内容真实、完整，如有虚假愿承担一切责任。**  **签名：**  **日期： 年 月 日** | | | | | | | | | | |
| **资格审查**  **意见** | **经对照招聘条件严格审查，该同志符合龙泉驿区公开招聘（招聘）优秀骨干医务人员条件。资格审查合格，同意报考。**  **审查人签字： 区卫计局： 区人社局：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | |

**本人联系电话：**