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：**