附件1

成都市大邑县2017年医疗卫生人才引进资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期1寸免冠证件彩照 |
| 出生地 |  | 民族 |  | 政治面貌（入党时间） |  |
|  最高学历 |  | 学制 |  | 专业 |  |
| 本科学历毕业学校 |  | 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 研究生学历毕业学校 |  | 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 普通话等 级 |  | 计算机等 级 |  | 英语等级 |  |
| 执业医师资格证类别及编号 |  | 身份证号码 |  |
| 户口所在地（填入学前户籍） | 省（自治区、市） 市（地、州） 县（区、市） |
| 通讯地址及邮编 |  | 联系电话 |  |
| 健康状况、既往病史 |  |
| 报考岗位（岗位代码、学校、学科） |  |
| 学习简历 | （从高中填起，何年何月何校学习、任何职务） |
| 奖惩情况 |  |
| 自我评价 | 简要概括 |
| 家庭主要成员 | 直系亲属姓名、单位等基本情况 |
| 应聘资格审查意见 | **资格审查结果：** **资格审查人签名：** |

注：“学历”填写本人取得国家教育部门认可的最高学历。

**应聘者应确保所填写内容的真实性，若确认无误，请签字：** 2017年 月 日