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