附件2

2017年龙泉驿区基层医疗卫生单位

公开招聘编外工作人员报名资格审查表

现工作单位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月****（岁）** |  | **近期****免冠****正面****照片** |
| **民族** |  | **籍贯** |  | **出生地** |  |
| **现任****职务** |  | **身份编制** |  |
| **政治****面貌** |  | **参加工作****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** |  |
| **执业（职业）资格证书情况** |  |
| **主****要****学****习****和****工****作****简****历** |  |
| **主****要****成****绩** |  |
| **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** | **资格审查合格，同意报考。****初审人员签字： 复审人员签字：** **日期： 年 月 日** |

**本人联系电话：**