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：**