附件

**2018年利州区考核招聘全科医生特设岗位报名资格审查表**

填表时间： 　 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | | 性别 | |  | | 出 生  时 间 | | |  | 相  片 | |
| 出生地 | | |  | | | 民族 | |  | | 政 治  面 貌 | | |  |
| 学 历 | | |  | | | 学位 | |  | | 参加工  作时间 | | |  |
| 毕 业  学 校 | | |  | | | | | | | 所 学  专 业 | | |  | | |
| 执 业资 格 | | |  | | | | | | | 注册执业类别 | | |  | 婚否 |  |
| 户口所在地 | | | | | 省（市、自治区） 市（州） 县（市、区） | | | | | | | | | | |
| 家庭详细地址 | | | | |  | | | | | | | 联系电话 | |  | |
| 通讯地址 | | | | |  | | | | | | | 学历查询号码 | |  | |
| 身份证号码 | |  | |
| 获得过何种专业  证书，有何特长 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 个人简历 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所受奖惩  情 况 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 主要  社会  关系 | | 姓 名 | | | | | 关 系 | | 工 作 单 位 及 职 务 | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | | | | | |
| 资格  初审  意见 | |  | | | | | | | 资格  复审  意见 | |  | | | | |
| 备注 | | | |  | | | | | | | | | | | |

说明：请应聘者认真阅读《公告》、《岗位表》等后如实填写。应聘者隐瞒有关情况或者提供虚假材料的，由招聘主管机关取消应聘者的考试及聘用资格，所造成的一切损失由应聘者本人承担。