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。