附件：

2020年公开遴选县城学校医护工作人员报名资格审查表

报名序号： 报名时间:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 | |  | 身份证号 | |  | | | | | | 相  片 |
| 所在单位 | |  | 政治  面貌 | |  | 出 生  年月日 | |  | | | | | |
| 最高学历 | | 硕士□ 本科□ 双专科□ 专科□  统招□ 成教□ 自 考□ 函授□ | | | | | | | | 毕业时间 |  | | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | | | 所学专业 |  | | |
| 毕业证编号 | |  | | | | | | | | 现有专业  技术职称 |  | 职务 | |  |
| 近三年年度考核等次 | |  | | | | | | | | 固定电话 |  | | | |
| 移动电话 |  | | | |
| 资格证情况 | |  | | 资格证编号 | | |  | | | | 何时成为  在编人员 | |  | |
| 家属姓名及工作单位 | |  | | | | | | | | 报考岗位 | | |  | |
| 公告要求的其它证件证明 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 个 人 简 历 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 本人声明：上述填写内容及所提交的报名材料真实、准确。如有不实，本人愿承担一切责任。  申请人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格  审查意见 | 年 月 日 | | | | | | 备注 | |  | | | | | |