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 |  |