附件4

乌鲁木齐市2025年大学生乡村医生专项计划（补录）面向社会公开招聘

考 察 表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 族 别 |  | 近期彩色  免冠照片  (大小20KB及以下) |
| 政治面貌 |  | 出生年月 |  | 婚姻状况 |  |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 |  |
| 生 源 地 |  | 学 历 |  | 毕业时间 |  |
| 报考单位 |  | 岗位代码 |  | 总 成 绩 |  |
| 家庭地址 |  | | | | | |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 |  | |
| 家庭主要  成员情况 | 称 谓 | 姓 名 | 年 龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| 学习工作  简历及获  奖情况（从初中开始填写） |  | | | 原工作单  位或档案  管理部门  意 见 | 负责人（签名）：  单位（盖章）  年 月 日 | |
| 居住地辖  区派出所 意 见 | 负责人（签名）：  单位（盖章）  年 月 日 | | | 招聘单位  意 见 | 负责人（签名）：  单位（盖章）  年 月 日 | |
| 招聘单位  主管部门  考察意见 | 负责人（签名）：  单位（盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |

说明：本表一式三份，一份存考生档案，一份招聘单位主管部门留存，一份市人力资源和社会保障局备案。