附件3

2025年和县医疗卫生事业单位公开招聘工作人员报名

资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | | 出生年月 |  | | 照片 |
| 籍贯 |  | | 民族 |  | | | 政治面貌 |  | |
| 户 籍  所在地 |  | | 学历 |  | | | 学位 |  | |
| 身份证号 |  | | | 毕业院校 | | |  | | |
| 所学专业  （专业方向） |  | | | 是否为专业  学位硕士 | | |  | | |
| 报考单位 |  | | | | | | 报考岗位代码 | |  | |
| 是否具有资格/职称证书 |  | | | 资格/职称证书  类别/范围 | | | |  | | |
| 联系方式 | 手机： 备用电话： 电子邮箱： | | | | | | | | | |
| 家庭详细住址 |  | | | | | | | | | |
| 主  要  简  历 | （从高中开始连续填写至今） | | | | | | | | | |
| 家  庭  主  要  成  员 | 姓名 | 关系 | | | 出生年月 | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | |
|  |  | | |  |  | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | | |
| 奖  惩  情  况 |  | | | | | | | | | |
| 审查  意见 | 经初步审查，符合该职位招考条件，同意报考。有关证件材料待考核时进一步审查核实。如与报考公告条件不符，将取消其考试、录用资格。  审查人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |