附件2

伍家岗区2021年专项公开招聘基层医疗卫生专业技术人员资格复审情况登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片（同准考证同底一寸彩照） |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 户籍所在地 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 现工作单位 |  | 单位性质 |  |
| 现任职务 |  | 具有工作经历的年限 |  |
| 考生身份 |  | 婚姻状况 |  | 人事档案存放单位 |  |
| 通讯地址 |  |
| 取得最高专业技术等级证书名称及时间 |  | 取得执业资格证名称及时间 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 报考单位名称 | 报考岗位 | 考生准考证号 |
|  |  |  |
| 学习经历 |  |
| 工作经历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭成员及主要社会关系(配偶、子女、父母等) | 姓 名 | 关 系 | 所 在 单 位 | 职 务 |
|  |
| 本人已仔细阅读湖北省2021年基层医疗卫生专业技术人员专项公开招聘公告、岗位资格条件等相关材料，清楚理解并认可其内容。在此我郑重承诺：  一、自觉遵守事业单位工作人员招聘的有关规定，认真履行报考人员的各项义务；  二、诚信报考，不弄虚作假，真实、准确地填写及核对个人信息，提供真实准确有效的资料；    三、没有《招聘公告》第一条规定中的不能报考的情形，保证符合报名及聘用资格条件；  四、遵守考试纪律，服从考试安排，不舞弊也不协助他人作弊；五、不故意浪费考录资源；六、保证在考录期间联系方式畅通。  对违反以上承诺所造成的后果，本人自愿承担相应责任。考生本人手写签名： 2021年 月 日 |
| 资格复审单位意见 |  盖章  2021年 月 日 |
| 备注： |

**注意事项：**1、“学习经历”从小学起填；2、“工作单位、职务”一栏为社会在职人员必填；3、“考生身份”从以下类别中择一填写：工人、农民、公务员、事业单位管理人员、国有企业管理人员、专业技术人员、私营企业人员、三资企业人员、个体经营者、自由职业者、应届毕业生、留学回国人员、择业期内未落实工作单位人员、其他人员。4、考生个人信息（姓名、性别、身份证号等），特别是联系方式等信息与网上报名时所填报信息不一致的，应当在表中备注栏说明，并主动告知资格审查工作人员。5、A4纸正反打印。