开州区2021年公开招聘基层医疗卫生机构

紧缺专业技术人员和属地化医学类高校毕业生资格复审表

报名序号： 报考类别：□紧缺专业技术人员 □属地化医学类高校毕业生

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考单位 | |  | | | | | | 报考岗位 |  | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 性别 | | |  | | 民族 |  | | | | | | | 贴照片处 | |
| 出生年月 | |  | 籍贯 | | |  | | 生源地 |  | | | | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | 家庭住址 |  | | | | | | |
| 户籍所在地 | |  | | | | | | 政治面貌 |  | | | | | | |
| 毕业学校 | |  | | | | | | 专业 |  | | | | | | |
| 毕业时间 | |  | | | 学历 | | |  | | | | 学位 | | | |  | |
| 现工作单位 | |  | | | 是否为机关事业  单位在编人员 | | | |  | | | | 单位是否  同意报考 | | | |  |
| 被委托人姓名和身份证号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | 联系电话 | |  | | | | 电子邮件 | | |  | | | |
| 主 要 简 历 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 何年何月至何年何月 | | | | 在何单位学习（或工作） | | | | | | 职务 | | | | | 证明人 | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |
| 备注 | | **本人郑重承诺：1.**本人所提供的个人信息、证明资料、证件等真实、准确、有效且符合报考岗位要求，并自觉遵守本次招聘工作的各项规定，诚实守信，严守纪律，认真履行报考人员义务。对因提供有关信息、证明材料、证件不实，不符合政策要求，或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担一切责任。2.承诺须在招聘单位最低服务满5周年，未满规定服务期提出解除人事关系者，取消事业单位工作人员身份。  签字（手签）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | | **审核人：**    **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | |

填表说明：1本表主要简历从读大学填起，不间断，其相关内容与实际要完全一致；2家庭住址填写考生居住地，户籍所在地填写考生户口所在地址；3请准确填写学位类别及层次。如：教育学学士；理学学士等；4.签字须手签字，不能打印。