附件2：

编号：

张湾区基层医疗卫生专业技术人员专项公开招聘

资格复审确认表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 身份证号 | |  | | | 贴本人近期同底版一寸彩色免冠照片 |
| 性别 |  | | 出生年月 | |  | | 出生地 | |  |
| 民族 |  | | 政治面貌 | |  | | 参加工作时间 | |  |
| 第一学历及毕业院校 |  | | | | | | 毕业时间及专业 | |  | |
| 最高学历及毕业院校 |  | | | | | | 毕业时间及专业 | |  | |
| 持有职业资格情况  （名称、层级、取得时间等） | | | |  | | | | | | |
| 户口所在地（应届毕业生填入学前的） | | | 省 市（地、州） 区（市、县） | | | | | | | |
| 住宅电话 | |  | | | | 手机号码 | |  | | |
| 报考岗位  代码及名称 | |  | | | | | | | | |
| 学习和工作  经 历  （从高中开始） | |  | | | | | | | | |
| 家庭成员及工作单位 | |  | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 资格审查意见 | □经复审，符合报考条件；  □经复审，不符合报考条件，原因  审核人签字：1、 2、 　　　　　　　　　　　　　　　　　　  2020年 月 日 |