附件2

运城市大学生乡村医生专项计划2024年公开招聘考察登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 民族 |  | 出生年月 | |  | 一寸白底照片 |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | | | 常住户口所在地 |  | | |
| 学历 |  | 毕业院校 |  | | | 专业 |  | | |
| 专业技术资格 |  | | 拟聘用岗位 | | |  | | | | |
| 身份证号 |  | | 毕业证编号 | | |  | | | | |
| 本  人  简  历 |  | | | | | | | | | |
| 家  庭  成  员  及  主  要  社  会  关  系 | 姓名 | 与本人关系 | | 政治面貌 | | | | 单位 | | 职务 |
|  |  | |  | | | |  | |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |
| 乡镇卫生院意见 | 考察人签字：　　　　　 年 月 日  （盖章） | | | | | | | | | |
| 医疗集团意见 | 负责人签字： 　　　　　 年 月 日  （盖章） | | | | | | | | | |
| 县级主管部门意见 | 负责人签字： 　　　　　 年 月 日  （盖章） | | | | | | | | | |

填表说明：

1. 重点考察人选政治素质、道德品行、能力素质、心理素质、学习和工作表现、遵纪守法、廉洁自律、岗位匹配度以及是否需要回避等方面的情况。
2. “意见”栏填写“合格”、“不合格”。
3. 电脑填写后将此表正反面打印在同一页A4纸上。