附件1：

 浙江省2024年大学生乡村医生专项计划招聘

 资格审核表

应聘单位： 应聘岗位： （按公告岗位填写）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  | （ 照片 ） |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 毕业时间 |  |
| 培养方式 |  | 英语等级 |  | 婚姻状态 |  |
| 手机电话 |  | 身份证号 |  | 联系地址 |  |
| 学习简历 |  |
| 工作简历 |  |
| 获得奖励、荣誉情况 |  |
| 专业资格证书 |  |
| 发表论文情况 |  |
| 社会活动情况 |  |
| 兴趣爱好 |  |
| 考生承诺 | 本人已仔细阅读浙江省2024年大学生乡村医生专项计划招聘考试公告,理解其内容,符合报考条件。本人承诺报名信息和资格审查材料真实、准确、完整。如有不实,本人自愿承担相应责任。考生本人签字（手写）： 年 月 日  |
| 现场资格审查意见 | 审查人(签字): 年 月 日 | 交叉互审意见 | 审查人(签字): 年 月 日 |