附件3

安远县公开招聘临床医生考核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 1寸  照片 |
| 民族 | |  | 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 学 历 | |  | | | 学 位 |  |
| 毕业院校及专业 | |  | | | 毕业时间 |  |
| 身份证号码 | |  | | | 户口所在地 |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | 联系电话 |  |
| 家庭成员  及主要  社会关系 | 称谓 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 工作单位或家庭住址 | | 政治面貌 |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
| 个人简历  （高中至今） | |  | | | | | |
| 个人现实表现情况（由辅导员填写，所在院校或系盖章） | | 辅导员（签名）： （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 招聘工作  领导小组  审查意见 | | 审查人（签名）：  年 月 日 | | | | | |