附件1

成都市大邑县2019年医疗卫生人才引进资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  | 近期1寸免冠证件彩照（可贴电子照片） |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌（入党时间） |  |
|  最高学历 |  | 学制 |  | 专业 |  |
| 本科学历毕业学校 |  | 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 研究生学历毕业学校 |  | 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 专业技术资格证类别及编号 |  | 身份证号码 |  |
| 户口所在地 |  |
| 通讯地址及邮编 |  | 联系电话 |  |
| 健康状况、既往病史 |  |
| 报考岗位（岗位代码、学校、学科） |  |
| 简历（从高中填起，何年何月何校学习或工作、任何职务） |  |
| 应聘者签字 | **本人郑重承诺：以上信息均真实、有效。****应聘人签字：****年　　月　　日** |
| 应聘资格审查意见 | **资格审查结果：** **资格审查人签名：** |