附件4

石柱县2020年四季度考核招聘医学类专业技术人才资格审查表

报考单位： 报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  | 照片 |
| 身份证号 |  |
| 民族 |  | 婚姻状况 |  | 现户籍所在地 |  |
| 毕业院校 |  | 学历 |  |
| 所学专业 |  | 学位 |  |
| 第二学历（辅修）专业 |  |
| 专业证书或资格 |  | 职称或职务 |  |
| 固定电话 |  | 移动电话 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 个人简历（从高中入学时间开始填写） |  |
| 填写信息属实承诺 |  本人承诺，符合本次报考条件及岗位资格条件，本表所填写信息与报名信息及档案材料填写一致，否则后果自行负责。 填表人签名： 年 月 日 |
| 资格审查结果 | 是否符合报考条件：  审查人签字： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

注：本表由取得报名资格现场审查的考生本人填写1份，贴近期免冠一寸相片一张，在现场资格审查时交工作人员。