**长汀县2019年县直医疗卫生单位、汀州社区卫生服务中心、**

**大同卫生院遴选工作人员报名资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 出生年月 |   | 民族 |   | 政治面貌 |   |
| 毕业学校 |   | 毕业时间 |   | 所学专业 |   | 学历 |   |
| 参加工作时间 |   | 从事现岗位工作时间 |   |
| 报考单位 |   | 报考岗位 |   |
| 联系电话 |   | 通讯地址 |   |
| 身份证号 |   |
| 执业资格证种类 |   | 取得时间 |   |
|  **以上信息真实性由本人负责，如有虚假，后果自负。** **签字：**                2019年  月  日 |
| 单位意见（要注明工作年限及从事专业岗位） |                           主要领导签字：单位公章：          2019年    月   日 |
| 审查 意见 |   审查人签字：                              2019年   月   日 |
| 备注 |   |