**附件3**

**漳州市龙文区基层医疗卫生机构编外工作人员报名资格审核表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生**  **年月** | |  | **政治**  **面貌** |  | 一寸照片 |
| **毕业**  **院校** |  | | | **所学**  **专业** | |  | **毕业时间** |  |
| **学历** |  | **学历类别** |  | **报考岗位及代码** | |  | | |
| **身份证**  **号 码** |  | | | | | | **现户籍**  **所在地** | |  |
| **现工作**  **单 位** |  | | | | | | **加分条件** | |  |
| **家庭**  **地址** |  | | | | | | **联系**  **电话** | |  |
| **个**  **人**  **简**  **历**  （从高中或中专不间断填写至今） |  | | | | | | | | |
| **主要社会关系(父母、配偶**  **、子女及家庭主要成员)** |  | | | | | | | | |
| **本人声明：上述填写内容及所提供的材料真实准确，如有不实，本人承诺自动放弃聘用资格，并承担一切法律责任**  **考生签名：**  **年 月 日** | | | | | **招聘单位审核意见：**  **审核人签名：**  **盖章：**      **年 月 日** | | | | |