附件2：

 **2020年通城县基层医疗卫生专业技术人员专项公开招聘资格复表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 籍 贯 |  | 照片 |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 身份证编号 |  |
| 政治面貌及入党时间 |  | 参加工作时 间 |  | 婚姻状况 |  |
| 户籍所在社区（村） |  | 户籍所在地派出所 |  | 本人档案所在地 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 体 温 |  | 是否持有健康绿码 |  |
| 学历、学位 |  | 毕业时间、院校、专业 |  |
| 个人简历 |  |
| 家庭情况 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 诚信声明 | 兹保证以上所填信息属实，如有不实，愿承担相应责任。 本人签名： 年 月 日 |
| 资格初审 | 初审人： 年 月 日 | 资格复核 | 复核人： 年 月 日 |

说明：本表一式两份，用黑色水笔或钢笔如实填写，书写要正规。