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。