附件二

|  |
| --- |
| **新疆维吾尔医学专科学校直属医院2020年面向社会****公开招聘人员资格审查表** |
| 姓  名 | 　 | 性 别 |  | 民 族 | 　 | 政治面貌 | 　 | 粘贴照片（近期一寸免冠照片） |
| 出生年月  | 　 | 联系方式 |  | 学 历 | 　 |
| 身份证号 |  　  | 毕业院校及专业 | 　 |
| 现工作单位及职务 |  |
| 家庭主要成员及（三圈）三代亲属，朋友，社会关系 | 姓 名 | 与本人关系 | 政治面貌 | 身份证号 | 工作单位及职务 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 村（社区）党组织意见 | 党支部书记签署意见 年 月 日 |
| 派出所意见 | 签署意见并盖章年 月 日 |
| 计生部门意见 | 签署意见并盖章年 月 日 |
| 乡镇（街道）党工委意见 | 乡镇（街道）党（工）书记签署意见(合格或者不合格给出明确意见）年 月 日 |
| 备注：1、填表人要如实对本人及亲属情况进行填写，姓名必须与身份证保持一致，不得隐瞒、弄虚作假；2、相关单位请认真对以上个人及亲属的情况进行核实，如实反馈意见，并由核查人签字，加盖单位公章。表格填不完的可另附纸张。 |