附件2：

彭阳县公开招聘乡村医生资格审查表

报考单位： 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 小二寸照片 （蓝底） |
| 民 族 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 普通高校学历 |  | 毕业学校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 户籍 |  | 生源地 |  |
| 参加工作时间 |  | 现工作单位 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 （2个） |  |
| 个人简历（从高中起含毕业后工作经历） |  |
| 个人诚信保证 | 本人声明：上述填写内容真实完整，提供的报考资料原件和复印件齐全真实。如有不实，本人承担一切责任，并放弃聘用资格。应聘人员签名：2021年 月 日  |
| 招聘主管部门审核意见 |  审核人签名：2021年 月 日 |