附件2：

和田地区传染病专科医院2022年面向社会公开招聘工作人员报名和资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | | 族 别 | |  | 政治面貌 |  | 照片（必贴） |
| 职 位  代 码 |  | | 招考单位 | 和田地区第二人民医院（传染病专科医院） | | | | | | | |
| 身 份  证 号 |  | | | | | 年龄 | |  | | | |
| 联 系  方 式 | 本人联系方式： 紧急联系人：  （请提供有效联系方式，并保持随时畅通） | | | | | | | | | | | |
| 毕 业  院 校 |  | | | | | | | | | | 学 历 |  |
| 毕 业  时 间 |  | 专 业 | | | 护理学 | | | | | | 学 位 |  |
| 家 庭 详细地址 |  | | | | | | | | | | | |
| 简 历 |  | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况及资格证书情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 资格  审查  意见 | （由资格审查人员填写“合格”或“不合格”，不合格的需写明原因）  审核人： 复核人： 审核单位（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

说明：1. 此表由考生自行下载，须用钢笔或碳素笔如实填写，如发现所填信息与本人情况不符的，将取消面试资格；2.考生参加资格审查时，将此表交资格审查单位进行审查。

**考生签名：**