附件2

衢州市市直卫生健康单位公开招聘工作人员资格复审表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 贴一寸近照 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 学历 |  |
| 户口所在地或毕业生生源地 |  |
| 所学专业 |  | 毕业院校 |  |
| 联系电话 |  | 是否普通高校应届生 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 现工作单位 |  | 职称 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 工作(或学习)简历 |  |
| 本人承诺愿意高职低聘 | 签名： |
| 用人单位初审意见 | （盖章）年 月 日 | 主管部门审核意见 | （盖章）年 月 日 |