附件1：

响水县卫健系统2022年公开招聘工作人员资格复审表

**考生填写：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | **（贴照片处）** |
| 民 族 |  | 户籍 (生源)地 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 （学位） |  | 所学专业 |  | 档案关系所在地 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 现工作单位及岗位 |  | 参加工作时 间 |  |
| 身份证号 |  | 职称及其他资格 |  |
| 家庭地址 |  |
| 联系电话 |  | 手机号码 |  |
| 应聘单位名 称 |  |
| 应聘岗位名 称 |  | 岗位代码 |  |
| 其他情况说明 |  |
| 报名者承诺：以上信息真实，无隐瞒、虚假或重复报名等行为；所提供的应聘材料和证书（件）均为真实有效；不存在须回避的关系。如有虚假，本人愿承担一切责任。报名者签名： 2022年 月 日 |

**以下由工作人员填写：**

**资 格 复 审 记 录**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 资格复审项目（合格的打√） | 招聘对象 | 年龄 | 学历 | 学位 | 专业 | 其他资格条件 |
| 2022年毕业生 | 社会人员 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 招聘主管部门（单位）审核意见 |   签名： 2022年 月 日 |
| 组织、人社部门复审意见 |  签名： 2022年 月 日 |
| 报名者另需说明的事项 |  报名者签名： 2022年 月 日 |

**注：本表一式一份，复审后由事业单位人事综合管理部门留存。**