附件3

**老河口市基层医疗卫生专业技术人员专项公开招聘**

**资格复审登记表**

报考单位： 报考岗位： 报考专业：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 户 口所在地 |  | 民族 |  | 性别政治面貌 |  | 政治面貌 |  |
| 最 高学 历 |  | 毕业时间 |  |
|  |
| 最高学历毕业院校 |  | 所学专业 |  |   |
| 参加工作 时 间 |  | 健康状况 |  | 专业技术职 称 |  |
| 现工作单 位 |  | 工作职务 |  |
| 联 系地 址 |  | 移动电话 |  |
| 固定电话 |
| 邮 编 |  | E-mail |  |
| 个人简历 |  |
| 家庭主要成员 |  |
| 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。 报考人（签名）： 年 月 日 |
| 报考单位意见 | （审核人签字）年 月 日 | 主管部门审核意见 | （审核人签字） 年 月 日 |

注：以上表格内容必须认真填写，字迹清晰。