

附件 2

2023 年宝塔区医疗卫生机构定向招聘医学类毕业生考察表

姓 名		性 别		民 族		出生年月		照片
籍 贯		身份证号			政治面貌			
毕业院校及专业					学 历			
学 位					学 位			
报考单位及岗位								
现家庭住址								
主 要 简 历	起止时间	毕业院校				证明人		
家 庭 主 要 成 员 及 社 会 关 系	姓名	关系	政治面貌	工作单位及职务				
户籍所在地公安机关 政审意见		(盖章) 年 月 日						
审核意见		(盖章) 年 月 日						
备注								