**苏州高新区2023年医疗卫生机构公开招聘高层次紧缺人才资格复审表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | **（贴照片处）** |
| 民 族 |  | 政治面貌 |  | 入党时间 |  |
| 是否应届 |  | 最高学历 |  | 户 籍 地 |  |
| 生 源 地 |  | 身份证号 |  | | |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 |  | |
| 学 历  （用于报考的） |  | 学 位  （用于报考的） |  | 专 业  （用于报考的） |  | |
| 现工作单位  及岗位 |  | | | 参加工作  时间 |  | |
| 家庭地址 |  | | | 邮政编码 |  | |
| 手机号码 |  | | | 紧急联系人  及联系电话 |  | |
| 招聘单位名称 |  | | | | | |
| 招聘岗位名称 |  | | | 岗位代码 |  | |
| **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： 年 月 日** | | | | | | |

**以下由工作人员填写：**

**资格复审记录**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **审核**  **情况** | **年龄** | **学历** | **专业** | **工作经历** | **其他** |
|  |  |  |  |  |
| **招聘单位**  **意 见** | **签字： 年 月 日** | | | | |
| **主管部门**  **审核意见** | **签字： 年 月 日** | | | | |
| **报名者另需 说明的事项** |  | | | | |