**附件2：**

**五台县卫健系统事业单位2023年公开招聘**

**工作人员资格复审登记表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **考****生****信****息** | **姓 名** |  | **性 别** |  |
| **政治面貌** |  | **入党时间** |  |
| **身份证号** |  | **准考证号** |  |
| **出生日期** |  | **户籍所在地** |  |
| **工作单位** |  | **居住地** |  |
| **毕业院校****及专业** |  | **毕业时间** |  |
| **学历** |  | **毕业证书编号** |  |
| **学位** |  | **学位证书编号** |  |
| **手机号码** | **1** |  | **是否为应届生（含视同）** |  |
| **2** |  |
| **资格证种类** |  | **证书号码** |  |
| **资****格****审****查****意****见** | **户口本、身份证、已就业考生单位同意报考证明审核情况****审核人签字：** |
| **学历、学位、专业审核情况****审核人签字：** |
| **资格证审核、服务基层项目审核情况****审核人签字：** |
| **审查结果：** **年 月 日** | **考生签字：** **年 月 日** |

**报考单位、岗位名称及岗位代码 ：**

**备注：考生信息在电脑上填写打印，不可手写。**