**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。**