附件二：

**河曲县卫健系统部分事业单位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** |  |
| **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** |  | | | | |
| **2** |  | | | | |
| **资格证种类及**  **证书号码** |  | | | | | |
| **资**  **格**  **审**  **查**  **意**  **见** | **学历、学位审核情况**    **审核人签字：** | | | | | | |
| **户口本、身份证审核情况**  **审核人签字：** | | | | | | |
| **应届生及档案存放证明审核情况**  **审核人签字：** | | | | | | |
| **已就业考生单位同意报考证明审核情况**  **审核人签字：** | | | | | | |
| **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： 岗位代码 ：**