附件3

|  |
| --- |
| 银川市第三人民医院2023年公开招聘社区卫生服务中心（站）编外合同制工作人员资格复审表 |
| 招聘岗位： | 考号： |  |
| 姓名： | 性别： | 民族： |
| 身份证号码 ： |
| 所学专业 ： | 学历： | 学位： |
| 毕业院校： | 毕业时间 |  |
| 政治面貌： | 是否全日制高等院校毕业： |
| 非全日制普通高校应届毕业生取得毕业证书时间： |
| 通讯地址： |
| 固定电话： | 手机： |
| 应聘前所在单位： |
| 生源地：省（区） 市 县（市、区） | 现户口所在地：省（区） 市、县（市、区） |
|  学习和工作经历： |
|
|
|
|
| 奖惩情况 |
| 家庭成员基本情况 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 政治面貌 | 现工作单位及职务或职称 |
| 配偶情况 |  |  |  |  |  |
| 父母情况 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 子女情况 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 《岗位计划一览表》中各岗位相应资格条件的有关证件（复印件附后） |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 应聘者承诺 |  本人所提供材料真实有效，个人条件符合本次招聘所报考岗位的要求，如有虚假信息和作假行为，本人承担一切后果，并同意取消应聘资格。 报考人（签名）： |
| 审核意见： |
| 审核结果（打√） | 合格  | 不合格 |
| 不合格原因： |
| 审核人签名： |
| 姓名：  | 所在单位： |
| 姓名：  | 所在单位： |
| 同级纪检监察部门：  | 监督人签名：  |
|  |