附件3

巴州大学生乡村医生专项计划招聘人员资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 族别 |  | 政治面貌 |  | 照片 |
| 报考单位 |  | 岗位名称 |  | 岗位代码 |  |
| 出生年月日 |  | 电话或手机 |  |
| 毕业院校 |  | 专业 |  | 学历 |  |
| 何 时参加工作 |  | 单位名称 |  |
| 家 庭详细地址（现住址） |  | 身份证号 |  |
| 学习工作简历 | (从初中起写） |
| 奖惩情况 |  |
| 招聘部门审核意见 | 审核人： 、 年 月 日  |

注：报考人员须用黑色钢笔或碳素笔认真填写。以上本人所填情况属实。考生签名：