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：