|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **漳州卫生职业学院招聘资格审核表** | | | | | | |
| 报考单位：漳州卫生职业学院 岗位代码： 岗位名称： | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 （与报名时一致） |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | 婚姻  情况 |  |
| 民族 |  | 户口所在地 |  | | |
| 现工作单位及职务 |  | | | 专业技术  职务 |  |
| 是否为机关事业单位编内人员 |  | | | 手机号码及紧急联系人号码 |  | |
| 联系地址 |  | | | 身份证号 |  | |
| 邮箱 |  | | | 加分条件 |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **教育背景（高中毕业后）** | | | | | | | | |
| 学历 | 学位 | 专业 | | 毕业学校 | 起止时间  （年月） | | 学制  （年） | 全日制、函授或其他学习形式 |
|  |  |  | |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |
| **工作经历** | | | | | | | | |
| 起止时间 | | | 工作单位 | | | 职务 | | |
|  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主要社会关系（父母、配偶及家庭主要成员） | 姓名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 科研（论著、课题）等情况 |  | | |
| 奖惩情况 |  | | |
| 担任学士干部经历 |  | | |
| 本人声明：上述填写内容与报名时填报的内容一致，以上提供材料真实准确。如有不实，本人承诺自动放弃聘用资格，并承担一切法律责任。  考生（签名）： 年 月 日 | | | |
| 资格审核  意见 | 🞎审核通过   ¨审核不通过，原因：    审核人：   日期：2023年 月 日 | | |

填报注意事项：

1.表格中个人简历或主要社会关系填报栏目不够时，请自行添加。

2.本表统一采用电子方式填写，“考生签名”部分请考生本人手签。

3.表格双面打印。

4.一式两份。