2024年沂水县部分事业单位公费医学生考察表

报考单位： 岗位名称： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 婚否 |  |
| 毕 业 院 校  |  | 学 历 |  |
| 专 业 |  | 籍 贯 |  |
| 家庭住址 |  | 身份证号码 |  |
| 工作单位 |  | 报考单位有无回避关系 |  |
| 个人简历 | 起止年月 | 学校(工作单位)及职务 | 证明人 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 与本人关系 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 奖惩情况 |  |
| 主要现实表现 | 盖 章年 月 日 |
| 当地公安部门意见 | 盖 章 年 月 日 |
| 考察结论 | 盖 章 年 月 日 |