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 | | | | | | | | | | | |