**附件2**

阜平县2024年选聘医务人员报名资格审查表

报考岗位： 岗位代码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | 出生年月 | |  | 照  片 |
| 籍贯 | |  | | | | | 特长 | |  |
| 全日制  学历 | |  | 毕业院校  及专业 | |  | | | 毕业时间 |  |
| 最高  学历 | |  | 毕业院校  及专业 | |  | | | 毕业时间 |  |
| 是否高校毕业生 | |  | | | | | 执业资格 | | |  |
| 身份证号码 | |  | | | | | 联系电话 | |  | |
| 个人简历（从高中起含毕业后工作经历） | |  | | | | | | | | |
| 获奖情况 | |  | | | | | | | | |
| 身体状况 | |  | | | 个人邮箱 | |  | | | |
| 本人声明：上述填写内容真实完整，提供的报考资料原件和复印件齐全真实。如有不实，本人承担一切责任，并放弃聘用资格。  报考人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 审核  意见 | 审核人：  年 月 日 | | | | | | | | | |