附件1

成都市大邑县2019年医疗卫生人才引进资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 | |  | | 身份证号 | | | |  | | | 近期  1寸免冠  证件彩照（可贴电子照片） |
| 籍贯 |  | | 民族 | |  | | 政治面貌  （入党时间） | | | |  | | |
| 最高学历 |  | | 学制 | |  | | 专业 | | | |  | | |
| 本科学历  毕业学校 |  | | | | 所学  专业 | |  | | | 毕业  时间 | | |  | |
| 研究生学历  毕业学校 |  | | | | 所学  专业 | |  | | | 毕业  时间 | | |  | |
| 专业技术资格证类别及编号 |  | | | | | 身份证  号码 | | |  | | | | | |
| 户口所在地 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 通讯地址及邮编 | | | |  | | | | 联系电话 | | | |  | | |
| 健康状况、既往病史 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 报考岗位（岗位代码、学校、学科） | | | |  | | | | | | | | | | |
| 简历  （从高中填起，何年何月何校学习或工作、任何职务） | |  | | | | | | | | | | | | |
| 应聘者签字 | | **本人郑重承诺：以上信息均真实、有效。**  **应聘人签字：**  **年　　月　　日** | | | | | | | | | | | | |
| 应聘资格  审查意见 | | **资格审查结果：** **资格审查人签名：** | | | | | | | | | | | | |