附件2：

 编号：

张湾区基层医疗卫生专业技术人员专项公开招聘

资格复审确认表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | 贴本人近期同底版一寸彩色免冠照片 |
| 性别 |  | 出生年月 |  | 出生地 |  |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  |
| 第一学历及毕业院校 |  | 毕业时间及专业 |  |
| 最高学历及毕业院校 |  | 毕业时间及专业 |  |
| 持有职业资格情况（名称、层级、取得时间等） |  |
| 户口所在地（应届毕业生填入学前的） |  省 市（地、州） 区（市、县） |
| 住宅电话 |  | 手机号码 |  |
| 报考岗位代码及名称 |  |
| 学习和工作经 历（从高中开始） |  |
| 家庭成员及工作单位 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 资格审查意见 | □经复审，符合报考条件；□经复审，不符合报考条件，原因 审核人签字：1、 2、 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 2020年 月 日 |