附件2

湖北省2021年基层医疗卫生专业技术人员专项公开招聘资格复审表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **个****人****基****本****情****况** | **姓 名** |  | **性 别** |  | **联系号码** |  |
| **身份证号码** |  |
| **政治面貌** |  | **执业资格证** |  |
| **报考****学历** |  | **毕业院校及专业** |  | **毕业****时间** |  |
| **报考单位** |  | **报考岗位** |  | **岗位编码** |  |
| **工作简历** |  |
| **获奖情况** |  |
| **家庭详细****住址** |  |
| **审　　查　　记　　录** | **项　　目** | **情况记录** | **审查意见** | **审查人签名** |
| **毕业证** |  |  |  |
| **学位证** |  |  |  |
| **身份证** |  |  |  |
| **执业资格证、职称证** |  |  |  |
| **考 生****承 诺** | **本人承诺，提供复审材料真实。如情况不实，由本人承担一切后果。****承诺考生签名：**  |