**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 |