附件3

2024年磐安县卫健局下属事业单位公开招聘工作人员资格复审表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  | 出生日期 |  | 近期免冠二寸彩照 |
| 民 族 |  | 性 别 |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 学 历 |  | 学 位 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 是否普通高校应届毕业生 |  | 现户籍所在地 |  | 落户时间 |  |
| 联系方式 |  | 现工作（学习）单位 |  | 生源地 |  |
| **报考单位** |  | **报考岗位** |  |
| 通讯地址 |  |
| 学习工作简历 |   （注：学习工作简历包括教育经历和工作经历，教育经历从高中起） |
| 职称、职业情况及其他资格证书情况和所报考职位要求的其他情况、奖惩情况 |  |
| 考生承诺 | 本人已仔细阅读招聘简章，理解其内容，符合报考条件。本人承诺报名信息和资格审查材料真实、准确、完整。如有不实，本人自愿承担相应责任。 考生本人签字（手写）： 年 月 日 |
| 资格审查意见 | 审查人（签字）： 年 月 日 |