附件2

成都经开区（龙泉驿区）2024年面向社会公开

招聘医疗卫生事业单位编外工作人员

报名资格审核表

**现工作单位： 现单位级别：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **性别** | |  | | **出生年月**  **（ 岁）** | |  | | **近期**  **免冠**  **正面**  **照片** |
| **民族** |  | | **籍贯** | |  | | **出生地** | |  | |
| **现任**  **职务** |  | | | | | | **身份编制** | |  | |
| **政治**  **面貌** |  | | **参加工作**  **时间** | |  | | **从事专业** | |  | |
| **专业技术职务** |  | | **聘任时间** | |  | | **健康状况** | |  | |
| **学历**  **学位** | **全日制**  **教 育** | |  | | | | **毕业院校**  **系及专业** | |  | | |
| **在 职**  **教 育** | |  | | | | **毕业院校**  **系及专业** | |  | | |
| **报考单位及岗位** | | |  | | | | **是否愿意服从调配** | | |  | |
| **执业（职业）资格证书情况** |  | | | | | | | | | | |
| **主**  **要**  **学**  **习**  **和**  **工**  **作**  **简**  **历** |  | | | | | | | | | | |
| **主要**  **成绩** |  | | | | | | | | | | |
| **家**  **庭**  **主**  **要**  **成**  **员**  **及**  **社**  **会**  **关**  **系** | **称 谓** | **姓 名** | | **出生年月** | | **政治面貌** | | **工作单位及职务** | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
| **何时何地受过何种奖励处分** |  | | | | | | | | | | |
| **其他需要说明的问题** |  | | | | | | | | | | |
| **本人**  **承诺** | **我保证上述表格中所填写的内容真实、完整，如有虚假愿承担一切责任。**  **签名：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | |
| **现工作单位意见** | **（盖章）**  **年 月 日**    **说明：已与龙泉驿区卫健局下属医疗卫生事业单位建立劳动合同关系的，需征得现工作单**  **位同意后方可参加报名。** | | | | | | | | | | |
| **资格审查**  **意见** | **经对照招聘条件严格审查，该同志符合龙泉驿区公开招聘编外工作人员条件。资格审查合格，同意报考。**  **初审人员签字： 复审人员签字：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | |

**本人联系电话：**