|  |
| --- |
| **阜阳市第四人民医院自主招聘卫生专业技术人员资格审查表** |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  | 照 片 |
| 性别 |  | 民族 |  |
| 出生日期 |  | 婚姻状况 |  |
| 政治面貌 |  | 户口所在地 |  |
| 报考岗位名称 |  | 资格证书取得情况 |  |
| 所学专业 （全日制教育） |  | 毕业院校及所学专业 |  |
| 所学专业 （在职教育） |  | 毕业院校及所学专业 |  |
| 最高学历 |  | 学位 |  |
| 参加工作时间 |  | 职务(职称) |  |
| 工作单位 |  |
| 通讯地址 |  | 家庭详细住址 |  |
| 手机号码 |  | 备用联系方式 |  |
| 个人简历 （从高中经历填起，不得间断） | 起止日期 （年月） | 院校专业(或工作单位) | 身份(或职务) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 奖惩情况 |  |
| 直系亲属及主要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 政治面貌 | 年龄 | 工作单位 | 职务(或职称) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 备注 |  |

附件3

审查意见：