附件：

通江县2023年从“特设岗位全科医生”项目人员中考核招聘乡镇卫生院工作人员报名信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | 电子  照片  （白底） |
| 民族 |  | | 籍贯 | |  | | 出生地 | |  |
| 政治面貌 |  | | 服务时间 | |  | | 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 | |  | |
| 招聘单位 |  | | | | | | 派驻单位 | |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | | 联系电话 | |  | |
| 现有资格证书及取得时间 |  | | | | | | 通讯地址 | |  | |
| 学习工作  简历 |  | | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 | （填写服务期间奖惩情况） | | | | | | | | | |
| 年度  考核  情况 | （分年度填写年度考核情况） | | | | | | | | | |
| 主要家庭  成员及重  要社会  关系 | 称谓 | 姓名 | | 年龄 | | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
| 资格  审查  意见 | 审查人（签字）：  　 年　月　日 | | | | | | | | | |