附件3

湘阴县2024年面向农村地区一级乡村医生公开招聘报名资格审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | | | | 民族 |  | | 相片 |
| 出生年月 | |  | 政治面貌 | |  | | | | 学历学位 |  | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | | 所学专业 |  | |  |
| 职称、执（职）业资格 | | | |  | | | | | 取得时间 |  | |
| 户 籍  所在地 | |  | | 婚姻状况 |  | | | | 档案保  管单位 |  | |  |
| 身份证号 | |  | | | | | | | 有何特长 |  | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | 邮政编码 |  | |
| 联系电话 | |  | | | | | E-mail | | |  | | |
| 报名条件审核 | | （ ） 是否在农村乡镇卫生室工作；  （ ） 年龄是否在1979年1月1日以后出生；  （ ） 是否在2023年12月31日前被省卫健委评定为一级乡村医生； | | | | | | | | | | |
| 应  聘  人  员  承  诺 | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。**  **应聘人签名：**  **年 月 日** | | | | | 资  格  审  查  意  见 | | **经审查，符合应聘报名资格条件。**  **审查人签名： 县卫生健康局（章）**  **年 月 日** | | | | |
| 备  注 |  | | | | | | | | | | | |