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 |  |