附件3

安远县公开招聘临床医生考核表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 1寸照片 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号码 |  | 户口所在地 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 工作单位或家庭住址 | 政治面貌 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 个人简历（高中至今） |  |
| 个人现实表现情况（由辅导员填写，所在院校或系盖章） |  辅导员（签名）： （盖章）年 月 日 |
| 招聘工作领导小组审查意见 |  审查人（签名）： 年 月 日 |