**附件3**

**漳州市龙文区基层医疗卫生机构编外工作人员报名资格审核表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生****年月** |  | **政治****面貌** |  | 一寸照片 |
| **毕业****院校** |  | **所学****专业** |  | **毕业时间** |  |
| **学历** |  | **学历类别** |  | **报考岗位及代码** |  |
| **身份证****号 码** |  | **现户籍****所在地** |  |
| **现工作****单 位** |  | **加分条件** |  |
| **家庭****地址** |  | **联系****电话** |  |
| **个****人****简****历**（从高中或中专不间断填写至今） |  |
| **主要社会关系(父母、配偶****、子女及家庭主要成员)** |  |
| **本人声明：上述填写内容及所提供的材料真实准确，如有不实，本人承诺自动放弃聘用资格，并承担一切法律责任****考生签名：****年 月 日** | **招聘单位审核意见：****审核人签名：** **盖章：****年 月 日** |