附件 2

银川市第二人民医院 2025 年社区卫生服务机构 公开招聘工作人员资格复审登记表

招聘单位:								
招聘岗位:				岗位代码:				
姓名:				性别:	民族:			
身份证号码:								
所学专业:				学历: 学位:				
毕业院校:				毕业时间:				
政治面貌:				是否全日制高等院校毕业:				
非全日制普通高校应届毕业生取得毕业证书时间:								
通讯地址:								
联系电话 1:			联系电话 2:					
应聘前所在单位:								
生源地:	省(区) 县(市、区)	市	现户口所在地:		省(区) 县(市、区)	市		
注: 生源地为被高校录取前的户口所在地								
学习和工作经历:								
奖惩情况:								
I								

家庭成员情况	姓名	性别	出生年月	政治面貌	现工作单位及职务或职称				
配偶情况									
父母情况									
子女情况									
《岗位计划 一路大学的 一个大学	此栏资格复审时,由工作人员填写,以实际提交材料原件为准,并提交复印件一份								
	1、身份证 份								
	2、学历证(大专、本科、研究生) 份 《教育部学历证书电子注册备案表》 份 《教育部学籍在线验证报告》 份								
	3、学位证(学士、硕士) 份								
	4、相关资格证书 份,名称:								
	5、其它材料: 无犯罪记录证明 份 个人征信报告 份								
应聘者 承诺	本人所提供材料真实有效,个人条件符合本次招聘所报考岗位的要求,如有虚假信息和作假行为,本人承担一切后果,并同意取消应聘资格。报考人(签名):								
审核意见:									
审核结果 (打√)	合格不合格								
不合格原因:									
审核人签名:									
姓名:	所在单位:								
姓名:	所在单位:								
监督人签名:	所在单位:								

备注:此表一式二份,应聘者一份,招聘单位留存一份