附件：

通江县2023年从“特设岗位全科医生”项目人员中考核招聘乡镇卫生院工作人员报名信息表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 电子照片（白底） |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 出生地 |  |
| 政治面貌 |  | 服务时间 |  | 健康状况 |  |
| 学历学位 | 全日制教　育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在　职教　育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 招聘单位 |  | 派驻单位 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 现有资格证书及取得时间 |  | 通讯地址 |  |
| 学习工作简历 |  |
| 奖惩情况 | （填写服务期间奖惩情况） |
| 年度考核情况 | （分年度填写年度考核情况） |
| 主要家庭成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 资格审查意见 | 审查人（签字）：　 年　月　日 |