附件2：

2022年盱眙县卫生健康委员会所属事业单位公开招聘工作人员资格复审登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | |  | | 出生  年月 | |  | | | | | | 政治面貌 |  | | |
| 学历 | |  | | | 专业名称  （与毕业证书一致） | | | |  | | | | 毕业时间及院校 | | | |  | | | |
| 参加工作  时间 | |  | | | 工作  单位 | |  | | | | | | 档案 所在单位 | | | |  | | | |
| 户籍地  或生源地 | |  | | | 报考单位 及单位代码 | | |  | | | | | 报考岗位及代码 | | | |  | | | |
| 资格证书类型及编码 | |  | | | | | 手机号码 | | | |  | | | | | | | | | |
| 身份证  号 码 | |  | | | | | | | | | 笔试成绩 | | |  | | | | | | |
| （从高中开始填写至今，不间断）  简 历 | 起止时间 | | | | | 学习或工作单位 | | | | | | | | | | 所学专业或所任职务 | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| ——至今 | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| 家庭主要成员和社会关系 | 称谓 | | 姓名 | | | 学习或工作单位 | | | | | | 职务 | | 手机号码 | | | | | | 回避关系 |
|  | |  | | |  | | | | | |  | |  | | | | | |  |
|  | |  | | |  | | | | | |  | |  | | | | | |  |
|  | |  | | |  | | | | | |  | |  | | | | | |  |
| 本人承诺：以上信息和网上报名信息一致，填写内容和提供的相关材料真实有效，符合此次招聘岗位的报考条件，如有弄虚作假，本人自愿放弃应聘或聘用资格并承担相应责任。  签名：　　　 　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 复审结论 | | | | 招聘单位（盖章）　　　 　审核人签字： 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否为2020年3月13日后事业编制 | | | |  | | | | | | | | 奖惩情况 | | |  | | | | | |
| 苏康码 | | | |  | | | 行程卡 | | |  | | | | | 当日体温 | | | |  | |