附件2

宁夏回族自治区大学生乡村医生公开招聘资格审核表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照 片 |
| 民族 |  | 专业 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 身份证号码 | 　 |
| 毕业院校： |
| 毕业时间： | 是否全日制高等院校毕业： |
| 报考岗位名称： 市 县（区） 乡镇卫生院 村卫生室 |
| 岗位代码： |
| 通讯地址： |
| 联系电话1 |  | 联系电话2 |  |
| 人员范围 | □2023届医学专业高校应届毕业生及2021年6月以后离校未就业的高校毕业生。□以普通高校应届毕业生应征入伍服义务兵役的人员，退役后1年内的；□参加“三支一扶”等基层服务项目人员，参加项目前无工作经历，服务期满且考核合格后两年内的；□大学毕业后未参加工作直接接受规范化培训的人员，于2023年培训合格的。 |
| 参加培训情况 | □住院医师规范化培训□助理全科医师规培□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 是否服从县域内调配： | □是 □否 |
| 资格审核要求的相关条件的证件 | 1. |
| 2.  |
| 3.  |
| 4. |
| 5.  |
| 6.  |
| 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。 应聘人（签名）： |
| 审核结果（打√） | 合格：（ ） 不合格：（ ） |
| 不合格原因 | 　 |
| 审核人1： | 所在单位部门： |
| 审核人2： | 所在单位部门： |
| 监督人： | 所在单位部门： |
| 同级纪检监察人员： |
|  年 月 日 |
| 备注：1.时间、年龄、工作经历截止时限以公告规定时间为准； 2.此表一式两份，应聘者、资格审核单位各留存一份。 |