

附件：

2024年苏州高新区医疗卫生机构公开招聘合同制医务人员 资格复审表

姓名		性别		出生年月		(贴照片处)
民族		政治面貌		入党时间		
是否应届		最高学历		户籍地		
生源地		身份证号				
毕业院校				毕业时间		
学历 (用于报考的)		学位 (用于报考的)		专业 (用于报考的)		
现工作单位 及岗位				参加工作时间		
家庭地址				邮政编码		
手机号码				紧急联系人 及联系电话		
招聘单位名称						
招聘岗位名称				岗位代码		
报名者承诺：以上信息真实，无隐瞒、虚假或重复报名等行为；所提供的应聘材料和证书（件）均为真实有效；不存在须回避的关系。如有虚假，本人愿承担一切责任。						
报名者签名：				年 月 日		

以下由工作人员填写：

资格复审记录

审核情况	年龄	学历	专业	身份		其他
				应届生	社会在职人员	
招聘单位意见	签字：年 月 日					
主管部门 审核意见	签字：年 月 日					
报名者另需 说明的事项						