附件2：

2024年下半年南通市通州区部分事业单位（医疗卫生类岗位）

公开招聘工作人员资格复审表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 联系电话 |  | | | | 彩 色  小2寸  证件照 |
| 毕业时间 |  | | | 毕业院校 |  | | | |
| 准考证号 |  | | | 身份证号 |  | | | |
| 报考单位 |  | | | 报考岗位 |  | | | |
| 笔试成绩 | 分 | | | 档案关系所在地 |  | | | | |
| 报考身份 | 🞎 2024年毕业生——普通高校应届毕业生 🞎 2024年毕业生——基层服务项目人员  🞎 2024年毕业生——2022/2023届毕业未就业 🞎 2024年毕业生——退役大学生士兵  🞎 社会人员 是否国（境）外留学毕业 🞎 是 🞎 否 | | | | | | | | |
| **复审项目** | **公告、岗位资格条件要求（按公告要求填写）** | | | | | **考生对应信息** | | **是否符合** | |
| 招聘对象 |  | | | | |  | |  | |
| 出生年月 |  | | | | |  | |  | |
| 性 别 |  | | | | |  | |  | |
| 学 历 |  | | | | |  | |  | |
| 学 位 |  | | | | |  | |  | |
| 专 业 |  | | | | |  | |  | |
| 执业资格 |  | | | | |  | |  | |
| 工作经历 |  | | | | |  | |  | |
| 其他条件 |  | | | | |  | |  | |
| 政策性照顾或其他放宽情况 | | |  | | | | | | |
| 本人学习了解《事业单位公开招聘违纪违规行为处理规定》（人社部令第35号），承诺填报的信息及资格复审时所提交的材料真实、准确、完整、有效；不存在须回避的关系。如有虚假，本人愿承担一切责任。  **考生签名（手写）：**  年 月 日 | | | | | | | | | |
| **以下由工作人员填写** | | | | | | | | | |
| 资格审查是否合格 | | 🞎 合格 🞎 不合格 | | | | | | | |
| 资格审查不合格原因 | | 🞎 不具备报考资格 🞎 材料不全 🞎 材料信息不实  🞎 未按时参加复审 🞎 联系不上 🞎 其他 | | | | | | | |
| 初核人签名：  年 月 日 | | | 复核人签名：  年 月 日 | | | | 纪律监督签名：  年 月 日 | | |

注：本表一式一份 ；本表格请在电子文档上填写完毕后打印，确认签字，附上资格复审所需各种材料的原件及复印件，一并提交复审。

填表说明

1.“公告、岗位资格条件要求”栏请根据所报考岗位各项条件要求如实完整填写，具体要求可查阅《2024年下半年南通市通州区部分事业单位（医疗卫生类岗位）公开招聘工作人员公告》相关岗位信息；

2.考生除填写个人基本信息外，应在“考生对应信息”栏中根据本人所递交的各项材料，如实填写本人对应的真实信息；

3.本表格请在电子文档上填写完毕后打印，确认签字，附上资格复审所需各种材料的原件及复印件，一并提交复审。

2024年下半年南通市通州区部分事业单位（医疗卫生类岗位）

公开招聘工作人员资格复审表

（样表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 丁 一 | | | 联系电话 | | 13812345678 | | 彩 色  小2寸  证件照 | |
| 毕业时间 | 2024年6月 | | | 毕业院校 | | 南通大学 | |
| 准考证号 | 209060400116 | | | 身份证号 | | 320602\*\*\*\*\*\*\*\*3518 | |
| 报考单位 | 南通市\*\*\*\*卫生院（不止一个单位的岗位此栏不需填写） | | | 报考岗位 | | 05 二级医师 | |
| 笔试成绩  及名次 | 78.7 分；第 1 名 | | | 档案关系所在地 | | 南通市\*\*\*\*\*\*中心 | | | |
| 报考身份 | 🗹 2024年毕业生——普通高校应届毕业生 🞎 2024年毕业生——基层服务项目人员  🞎 2024年毕业生——2022/2023届毕业未就业 🞎 2024年毕业生——退役大学生士兵  🞎 社会人员 是否国（境）外留学毕业 🞎 是 🞎 否 | | | | | | | | |
| **复审项目** | **公告、岗位资格条件要求** | | | | **考生对应信息** | | | | **是否符合** |
| 招聘对象 | 2024年毕业生 | | | | 2024年普通高校应届毕业生 | | | | **此列由复审单位审核后填写** |
| 出生年月 | 1988年4月-2006年3月 | | | | 2000年9月 | | | |
| 性 别 | 无 | | | | 男 | | | |
| 学 历 | 本科及以上 | | | | 本科 | | | |
| 学 位 | 取得相应学位 | | | | 学士 | | | |
| 专 业 | 临床医学、医学影像学、医学影像 | | | | 临床医学 | | | |
| 执业资格 | 无 | | | | 无 | | | |
| 工作经历 | 无 | | | | 无 | | | |
| 其他条件 | 无 | | | | 无 | | | |
| 政策性照顾或其他放宽情况 | | | 无 | | | | | |
| 本人学习了解《事业单位公开招聘违纪违规行为处理规定》（人社部令第35号），承诺填报的信息及资格复审时所提交的材料真实、准确、完整、有效；不存在须回避的关系。如有虚假，本人愿承担一切责任。  **考生签名（手写）：** 2024年 月 日 | | | | | | | | | |
| **以下由工作人员填写** | | | | | | | | | |
| 资格审查是否合格 | | 🞎 合格 🞎 不合格 | | | | | | | |
| 资格审查不合格原因 | | 🞎 不具备报考资格 🞎 材料不全 🞎 材料信息不实  🞎 未按时参加复审 🞎 联系不上 🞎 其他 | | | | | | | |
| 初核人签名：  年 月 日 | | | 复核人签名：  年 月 日 | | | | 纪律监督签名：  年 月 日 | | |

注：本表一式一份。