附件2

运城市第二医院

2023年公开招聘卫生专业技术人员资格复审表

准考证号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 籍贯 |  |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 身份证号 |  |
| 毕业院校及时间 |  | 所学专业 |  |
| 毕业证编号 |  | 学位证编号 |  |
| 户籍所在地 |  | 联系电话 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 工作单位 |  |
| 报考岗位所要求的其他必备条件 |  |
| **以下内容由审核部门填写** |
| **资格审查****意见** | **审查人签字： （单位公章）** |
| **备注** |  |

注：请报考人员自行下载填写