附件：

2025年苏州高新区医疗卫生机构长期公开招聘

卫生专业技术人员资格复审表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |  |