附件2：

巴州大学生乡村医生专项计划（补录）招聘

工作人员考察表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 族别 |  | 照片 |
| 报考单位 |  | | | 报考岗位 代码 |  |
| 学历 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 |  |
| 毕业时间 |  | 婚否 |  | 学位 |  | |
| 身份证 号码 |  | | | | 健康状况 |  |
| 家庭主要 成员情况 | 姓名 | 与本人关系 | 身份证号码 | | 工作单位、 职务 | 政治面貌 |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| 学习 （工作） 简历 |  | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 原工作 单位或所 在社区意见 | 负责人（签名）： 单位（盖章） 年 月 日 |
| 户口所在  地派出所  意见 | 负责人（签名）： 单位（盖章） 年 月 日 |
| 用人单位 意见 | 负责人（签名）： 单位（盖章） 年 月 日 |
| 备注 |  |