附件2

哈密市大学生乡村医生专项计划招聘人员考察表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 族别 |  | | | 照片 |
| 学历 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  | | |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 |  | | |
| 毕业时间 |  | 婚否 |  | 健康状况 |  | | |
| 身份证号 |  | | | 报考岗位代码 | | |  | |
| 报考单位 |  | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | 电话或手机 | |  | | |
| 家庭主要成员情况 | 与本人关系 | 姓名 | | 工作单位、职务 | | | | 政治面貌 |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
| 学习 （工作） 简历 | (从大学起写） | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | |
| 原工作单位（乡镇、街道）意见 | 负责人（签名）： 单位（盖章） 年 月 日 | | | | | | | |
| 户口所在地公安部门意见 | 负责人（签名）： 公安局（盖章） 年 月 日 | | | | | | | |
| 区县卫生健康委员会意见 | 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 |  | | | | | | | |
| **说明：1、在职人员由原工作单位填写；未就业人员由乡镇、街道办事处填写意见（含档案关系在人才交流中心或就业指导中心人员）；**  **2、原工作单位（乡镇、街道）、公安局意见和公章必须齐全；**  **3、此表经相关部门签字盖章，交送至考察组织单位。** | | | | | | | | |