附件2：

石棉县2015年民族地区阳光天使计划引进卫生技术人才报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | 出生年月 | |  | | | 照片 |
| 出生地 | |  | | 民族 |  | 政治面貌 | | |  | |
| 学历 | |  | | 专业 |  | 毕业时间 | | |  | |
| 毕业院校及专业 | | | |  | | | | | | |
| 身高（CM） | |  | | 体重（KG） |  | 健康状况 | | |  | |
| 婚否 | |  | | 身份证 号码 |  | | | | | | |
| 户口所在地 | | | | 省（市、自治区）       市（州）     县 | | | | | | | |
| 家庭详细地址 | | | |  | | | 联系电话 | | |  | |
| 通讯地址 | | | |  | | | 邮政编码 | | |  | |
| 专业技术资格及取得时间 | | | |  | | | | | | | |
| 个人  简历 |  | | | | | | | | | | |
| 所受奖惩情况 | | | |  | | | | | | | |
| 有何特长 | | | |  | | | | | | | |
| 家庭主要 成员 | | 姓名 | | 关系 | 工作单位及职务 | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | |
| 报考岗位及职位编码 | | |  | | 资格审查意见：      签名：        　　　　　　　 年   月   日 | | | | | | |
| 请报考者如实填写以上信息后，签字认可： | | | | | | | | | | | |