2017年博兴县卫生系统公开招聘工作人员资格复审情况表

　　姓名：

　　性别：

　　民族：

　　政治面貌：

　　出生年月：

　　身份证号码：

　　毕业院校及专业：

　　毕业时间：

　　岗位代码：

　　工作单位及职务：

　　是否在职：

　　是否回避：

　　联系电话：

　　报考人员承诺以上信息与资格初审时提供的完全一致。

　　报考人员签名：

　　面试资格复审人员审核意见：