**附件4**

****2021年陕西省县及县以下医疗卫生机构****

****定向招聘医学本科毕业生**资格复审登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 联系电话 |  |
| 最高学历和毕业院校 |  | | | 最高学历所学专业 |  |
| 政治面貌 |  | 身份证号码 | |  | |
| 现工作单位（或住址） |  | | | 户籍所  在地 |  | |
| 学习  工作  简历 |  | | | | | |
| 受过何种  奖 励 |  | | | 受过何种处 分 |  | |
| 家庭成员 | 称谓 | 姓名 | | 工作单位（无工作单位的填职业） | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
| 资格审查者  诚信承诺意见 | 本人上述所填的情况和提供的相关资料、证件均真实、有效。若有虚假，责任自负。  承诺人：  年 月 日 | | | | | |
| 资格审查  意 见 | 年 月 日 | | | | | |