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：