

西宁市城东区2024年区属医疗卫生机构公开招聘工作人员
资格复审审核表

证书类型	☐ 高中毕业证书		☐ 专科毕业证书		
	☐ 本科毕业证书		☐ 研究生毕业证书		
姓 名		性 别		出生日期	
入学年月		毕业年月			
专 业				学 制	
准考证号				报考岗位	
学历 证书编号					
其他材料					
本人是参加西宁市城东区 2024 年区属医疗卫生机构公开招聘工作人员的考生，我郑重承诺以下事项： 保证资格复审审核时所提交的所有证件及材料均真实、有效。如有虚假信息和作假行为，自觉接受取消考试和录取资格，本人承担一切后果。 考生本人签字： 年 月 日					
审核人意见					
☐ 合格 ☐ 不合格	审核人签名：年 月 日				