附件5：

麻城市事业单位公开招聘医疗卫生专业技术人员

政策性加分审核表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 籍 贯 |  | 相片 |
| 身份证号码 |  | 政治面貌 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | | 所学专业 |  | |
| 服务项目 |  | 服务单位 |  | 服务地区 |  |
| 服务证号 |  | 服务年限 | 年 | 服务时间 | 年 月 | |
| 是否已招录（聘）为公务员或事业单位 工作人员(正式在编） | | |  | 联系电话 |  | |
| 服务情况 | 服务时间 | | 考核结果 | | 证明人 | |
| 年 月— 年 月 | |  | |  | |
| 年 月— 年 月 | |  | |  | |
| 年 月— 年 月 | |  | |  | |
| 服务单位 审核意见 |  |  | | | | |
|  |  | （盖章） 年 月 日 | | |
|  |  |
| 县级“三项目”主管部门审核意见 |  | | |  |  |  |
|  |  |  |
| （盖章） 年 月 日 | |
| 市级“三项目”审核意见 |  | | |  |  |  |
|  |  |  |
| （盖章） 年 月 日 | |
| 填表说明 | 1、考核结果选项为：优秀、合格、不合格； 2、此表1式2份，市人社局事业单位人事管理科、市级主管部门各1份。 | | | | | |