附件4：

|  |
| --- |
| **汕尾市医疗保障事业管理中心招聘工作人员面试资格审核情况表** |
| 审核人签名： 审核时间： 年 月 日 |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| **序号** | **岗位代码** | **考生****姓名** | **身份证** | **准考证** | **毕业证** | **学位证** | **报名表** | **执（职）业****资格证** | **工作经历** | **其他要求** | **审核结果** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：

1.本表第1至5项需审核人员如实填写，第6至11项符合报考条件打“√”，不符合报考条件打“╳”；

2.考生符合面试资格的，审核人员在“审核结果”填写“通过”，不符合面试资格的，审核人员在“审核结果”填写“未通过”，并说明未通过的原因；

3.考生放弃面试资格审核或未按规定要求参加面试资格审核，审核人员另外作出说明。