

附件 1

乌鲁木齐市 2025 年大学生乡村医生专项计划（补录）面向社会公开招聘

考 察 表

姓 名		性 别		族 别		近期彩色 免冠照片 (大小 20KB 及以 下)
政治面貌		出生年月		婚姻状况		
毕业院校				所学专业		
生 源 地		学 历		毕业时间		
报考单位		岗位代码		总 成 绩		
家庭地址						
身份证号				联系电话		
家庭主要 成员情况	称 谓	姓 名	年 龄	政治面貌	工作单位及职务	
学习工作 简历及获 奖情况（从 初中开始 填写）				原工作单 位或档案 管理部门 意 见	负责人（签名）： 单位（盖章） 年 月 日	
居住地辖 区派出所 意 见	负责人（签名）： 单位（盖章） 年 月 日			招聘单位 意 见	负责人（签名）： 单位（盖章） 年 月 日	
招聘单位 主管部门 考察意见	负责人（签名）： 单位（盖章） 年 月 日					
备注						

说明：本表一式三份，一份存考生档案，一份招聘单位主管部门留存，一份市人力资源和社会保障局备案。