附件2

**替补决赛人员资格审核表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 照 片 |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 政治面貌 |  | | 民族 | |  | |
| 单位地址 |  | | | | | | |
| 岗位名称 |  | | 药学服务工作时长 | | |  | |
| 移动电话 |  | | 座机号码 | | |  | |
| 最高学历 |  | 学位 |  | 专业 | |  | |
| 职务/职称 |  | 初赛考试类别 | | | |  | |
| 个人承诺 | 1.本人能遵纪守法，执业行为规范，无违法违纪行为，无重大差  错事故。  2.所填信息真实。  承诺人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 工作单位  意见 | (盖章)  年 月 日  联系人 联系电话 | | | | | | |
| 复赛组织  单位意见 | (盖章)  年 月 日  联系人 联系电话 | | | | | | |

注：本表可扫描后发电子文档至 gdsysxh@163.com, 纸质材料在参加决赛时提交。