附件1：

2025年泗阳县公开招聘乡村医生面试成绩及

进入体检环节人员名单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 面试成绩 | 进入体检标识 |
| 1 | 史 婷 | 女 | 72 | T |
| 2 | 李宏军 | 男 | 缺考 |  |
| 3 | 朱 娇 | 女 | 75.6 | T |
| 4 | 马 汉 | 男 | 70.6 | T |
| 5 | 周 洁 | 女 | 71.4 | T |
| 6 | 余 静 | 女 | 缺考 |  |
| 7 | 曹 祝 | 男 | 71 | T |
| 8 | 马正盼 | 男 | 72.6 | T |
| 9 | 马雪瑶 | 女 | 69.8 | T |
| 10 | 胡学银 | 男 | 74.4 | T |
| 11 | 赵 洁 | 女 | 72.4 |  |
| 12 | 李业恒 | 男 | 缺考 |  |
| 13 | 孙 然 | 男 | 71.2 | T |
| 14 | 朱 磊 | 男 | 76 | T |
| 15 | 张玉婷 | 女 | 72.4 | T |
| 16 | 刘海燕 | 女 | 70.8 | T |
| 17 | 王 娟 | 女 | 缺考 |  |
| 18 | 刘海凤 | 女 | 74.8 | T |
| 19 | 杨盼盼 | 女 | 71 | T |
| 20 | 王小雨 | 女 | 73.6 | T |
| 21 | 白 雪 | 女 | 72 | T |
| 22 | 朱一寒 | 女 | 74.8 | T |
| 23 | 贺 楠 | 女 | 73.6 |  |
| 24 | 朱春霞 | 女 | 70.8 | T |
| 25 | 徐秋月 | 女 | 缺考 |  |
| 26 | 颜梦妍 | 女 | 70.4 | T |
| 27 | 席 威 | 男 | 73 | T |
| 28 | 陈 民 | 男 | 77.8 | T |
| 29 | 赵志明 | 男 | 72.2 | T |
| 30 | 杨恒星 | 男 | 缺考 |  |
| 31 | 杨 颖 | 女 | 73.5 | T |
| 32 | 王思然 | 女 | 71.8 | T |

附件2：

体检编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | |  | | 出生年月 |  | | 照  片 | |
| 民　　族 |  | | | 婚姻状况 | |  | | 籍　 贯 |  | |
| 文化程度 |  | | | 联系电话 | |  | | | | |
| 职 　 业 |  | | | 工作单位  (毕业院校) | |  | | | | |
| 报考职位 |  | | | 身份证号 | |  | | | | |
| 请本人如实详细填写下列项目  （在每项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，后果自负) | | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | 有 | 无 | | 治愈时间 | | 病名 | | 有 | 无 | | 治愈时间 |
| 高血压病 | |  |  | |  | | 糖尿病 | |  |  | |  |
| 冠心病 | |  |  | |  | | 甲亢 | |  |  | |  |
| 风心病 | |  |  | |  | | 贫血 | |  |  | |  |
| 先心病 | |  |  | |  | | 癫痫 | |  |  | |  |
| 心肌病 | |  |  | |  | | 精神病 | |  |  | |  |
| 支气管扩张 | |  |  | |  | | 神经官能症 | |  |  | |  |
| 支气管哮喘 | |  |  | |  | | 吸毒史 | |  |  | |  |
| 肺气肿 | |  |  | |  | | 急慢性肝炎 | |  |  | |  |
| 消化性溃疡 | |  |  | |  | | 结核病 | |  |  | |  |
| 肝硬化 | |  |  | |  | | 性传播疾病 | |  |  | |  |
| 胰腺疾病 | |  |  | |  | | 恶性肿瘤 | |  |  | |  |
| 急慢性肾炎 | |  |  | |  | | 手术史 | |  |  | |  |
| 肾功能不全 | |  |  | |  | | 严重外伤史 | |  |  | |  |
| 结缔组织病 | |  |  | |  | | 其他 | |  |  | |  |
| 备注： | | | | | | | | | | | | |
| 受检者签字：　　　　　　　　　　　　　体检日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |