附件2

2024年孝昌县大学生乡村医生专项公开招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | 性 别 | |  | | 出生年月 | |  | 照片  （备好2张照片) |
| 民 族 | | |  | | 籍 贯 | |  | | 政治面貌 | |  |
| 参加工作  时 间 | | |  | | | | | | 健康状况 | |  |
| 身 份 证  号 码 | | |  | | | | | | 联系方式 | |  | |
| 学 历  学 位 | | | 全日制  教 育 | |  | | | | 毕业院校  及专业 | |  | |
| 在 职  教 育 | |  | | | | 毕业院校  及专业 | |  | |
| 执业资格证书名称 | | |  | | | | | | 执业资格证书号码 | |  | |
| 现工作单位  （具体到村卫生室） | | |  | | | | | | 报考岗位  （具体到村卫生室） | | |  |
| 工作简历（含学习经历） | | |  | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称 谓 | | 姓 名 | | 年龄 | | 政治面貌 | | 工 作 单 位 及 职 务 | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | |
| 个人承诺 | 本人保证填写的个人信息资料和所提供的证件、证明材料真实、准确。如有虚假或不实，本人愿意随时接受相应处理并承担取消招聘资格的责任，有无需要说明事项， 。  本人签名： | | | | | | | | | | | |
| 工作单位意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |