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 |