附件2

三台县2023 年专项招聘大学生乡村医生新增补录

报名审核表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 粘贴1寸彩色电子照片 |
| 民 族 |  | 政治面貌 |  | 户 籍 地 |  |
| 身份证号 |  | 手机号码 |  |
| 通讯地址 |  | 电子邮箱 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 所学专业 |  | 毕业院校 |  |
| 毕业证号 |  | 毕业时间 |  |
| 执业资格证书 | （注明执业类别） |
| 报考单位 |  |
| 个人简历（高中起） |  |
| 本人承诺 | 本人承诺填写的信息及提供的材料均合法、真实、有效，符合招聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假或填写失实、失误，承诺放弃考核或聘用资格，并承担由此造成的一切后果。考生签名： 年 月 日 |
| 主管部门初审意见 | 审查人签名： 年 月 日 |
| 县人社局复审意见 |  年 月 日 |

1. 考生须如实填写以上内容，如填报虚假信息者，取消考核或聘用资格；

2.考生请随时关注公告发布网站信息，并保持联系方式有效、畅通，以便联系。