附件2：

2024年度赤壁市大学生乡村医生专项招聘报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | 民 族 | |  |  |
| 出 生  年 月 |  | | 籍 贯 | |  | 政 治  面 貌 | |  |
| 学 历 |  | | 学 位 | |  | 毕 业  时 间 | |  |
| 毕 业  院 校 |  | | | | | 所 学  专 业 | |  |
| 身份证  号 码 |  | | | | | 联 系  方 式 | |  | |
| 现工作单位及职务 |  | | | | | 家 庭  地 址 | |  | |
| 报 考  单 位 |  | | | | | 岗 位  代 码 | |  | |
| 个人  简历  (从高中填起）) |  | | | | | | | | |
| 获奖及资格证书情况 |  | | | | | | | | |
| 家  庭  主  要  成  员 | 姓名 | 性别 | | 出生年月 | | 单位 | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
| 用人单位审查意见 | 审查人： （单位盖章）  年 月 日 | | | | | 用人单位主管部门审查意见 | 审查人： （单位盖章）  年 月 日 | | |