**附件2**

**绵阳市涪城区2024年专项招聘大学生乡村医生报名表**

报考单位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性  别 |  | 出生年月 |  | 粘贴电子寸照 |
| 民  族 |  | 政治面貌 |  | 入党时间 |  |
| 婚姻状况 |  | 户  籍所 在 地 |  | 参加工作时 间 |  |
| 机关事业单位在编在职（是/否） |  | 专业技术职 称 |  | 取得专业技术职称时间 |  |
| 身 份 证号  码 |  | 手机号码 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 箱 |  |
| 学 历学 位 |   | 所学专业 |   |
| 毕 业院 校 |   | 毕业时间 |   |
| 现工作单位及岗位 |    |
| 个人简历（高中起） |      |
| 与应聘岗位相关的实践经历或取得的成绩、资格证书等 |  |
| 家庭成员及主要社会关系情况 | 称 谓 | 姓 名 | 年 龄 | 政 治面 貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 应聘人员承诺 | 本人承诺填写的信息及提供的材料均合法、真实、有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假或填写失实、失误，承诺放弃考核或录取聘用资格，并承担由此造成的一切后果。                应聘人签名：        年   月   日 | 资格审查意见 |  审查人签名：         年  月  日  |
| 备  注 | 1.考生须如实填写以上内容，如填报虚假信息者，取消考核或录取聘用资格；2.资格审查合格的，考生现场确认后由县卫健局留存此表；3.考生需保持联系方式有效、畅通，以便联系。 |