附件2：

**黄州区2019年引进乡村医生岗位报名登记表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  | 照片 |
| 出生日期 |  | 性别 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 户口所在地 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 专业技术职称 |  | 具有其他执业资格 |  |
| 现工作单位 |  | 本人联系方式 |  |
| 报考单位及岗位 |  |
| 学习工作经历 |  |
| 诚信承诺 | 本人需保证以上填写的内容真实有效。考生本人签名： 年 月 日 | 资格审查意见 | 审查人： 年 月 日 |
| 备注 |  |