|  |
| --- |
| 附件1田东县2020年公开招聘乡村医生报名表 |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生 年月  | 　 | （照片） |
| 民族 | 　 | 籍贯 | 　 | 出生地 | 　 |
|  户 口 所在地 | 　 | 健康状况 | 　 | 政治面貌 | 　 |
| 最高学历毕业时间 |  | 参加工作时间 |  | 是否服从调配 |  |
| 身份证号码 | 　 |
| 家 庭 地 址 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 学历 | 全日制学 历 | 　 | 毕业院校、专业毕业时间 | 　 |
| 在 职学 历 | 　 | 毕业院校、专业毕业时间 | 　 |
| 有何种执业资格 | 　 | 获得时间 | 　 |
| 执业地点 | 　 | 注册或（变更）时间 | 　 |
| 现专业技术资格 | 　 | 获得时间 | 　 |
| 现工作单位及职务 | 　 | 任现职级 时 间 | 　 |
| 学习工作简 历 | 　 |
| 家庭成员情 况 | 　 |
| 本人承诺 |  本人提供的上述信息真实有效。如有不实，自愿按相关规定接受处罚，并愿意承担由此造成的一切后果。 承诺人（签字）： 年 月 日 |
| 乡镇卫计办审核意见 | （签章） 年 月 日 | 县卫健局审核意见 | （签章） 年 月 日 |

备注：此表必须如实填写，否则取消报名资格。