|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。