附件：2

|  |
| --- |
| **弥勒市公开招聘乡村医生报名表** |
| 报名时间： 年 月 日 时 分 报名序号： |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 相片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 健康状况 |  | 身份证号 |  |
| 生源地所在市、县 |  | 户籍所在省、市、县 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 具备的其他资格条件 |  | 婚姻状况 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 所报单位 |  | 所报卫生室 |  | 是否服从调剂 |  |
| 个人简历 |  |
| 本人承诺 |  报名人（签字）： 年 月 日 |
| 资格审查意见 | 负责人（签字）： 年 月 日 |