**保亭县2020年乡村医生招聘考试报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 文化程度 |  |
| 身份证号 |  | 健康状况 |  |
| 家庭地址 |  |
| 联系电话 |  | 毕业院校 |  |
| 申请报考依据 | 学历水平 | 本科□ 大专□ 中专□ |
| 证书编号 |  |
| 个人简历 |  |
| 培训学习情况 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 个人申请与承诺 | 我自愿报名参加保亭县2020年乡村医生招聘考试。我在此郑重声明：一是我已经认真、仔细的阅读了保亭县卫健委关于本次考试的政策，我保证遵守这些政策。二是我保证我所提交的资料、信息均来自合法渠道并且是真实、合法、有效。三是我承诺我没有受到过刑事处罚、行政处罚，未被吊销过乡村医生执业证书、医师资格证书。申请人签名： 年 月 日 |
| 初审意见 |  经办人签名： 年 月 日 |
| 审查意见 |  分管领导签名： 年 月 日   |

注：表格一式两份。