|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1  方山县2021年公开招聘“乡招村用”  乡镇卫生院工作人员报名登记表 | | | | | | | |
| 报考单位： |  | | | | | 岗位代码 | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  | | 照片 |
| 出生年月 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | |
| 毕业院校 |  | | 毕业时间 |  | 毕业专业 |  |
| 学 历 |  | | 户籍所在地 | |  | |
| 执业资格 |  | | 资格证书号 | |  | | |
| 村医执业地点 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 个人学习 工作简历 |  | | | | | | |
| 本人承诺 | 本人在报名表中填写的信息真实、准确、一致，所提交的证件、资料真实有效，如有不真实、不准确或弄虚作假，一切后果由本人承担。 | | | | | | |
| 本人签名（手写）： 年 月 日 | | | | | | |
| 资  格  初  审  情  况 | 乡村医生资格及在岗情况审核：  审查人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 年龄及户籍审查情况：  审查人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 学历学位审查情况：  审查人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 执业资格审查情况：  审查人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 资格  复审  情况 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 审查人签字： 年 月 日 | | | | | | |