|  |
| --- |
| 封丘县大学生乡村医生招聘报名登记表 填表日期： 年 月 日 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 照 片 |
| 出生年月 |  | 籍 贯 |  | 政治 面貌 |  |
| 毕业院校 (全日制) |  | 毕业时间 (全日制) |  |
| 所学专业 (全日制) |  | 学历(全日制) |  |
| 报考岗位 |  |
| 联系电话\* |  | 电子邮箱 |  |
| 通讯地址 |  |
| 身份证号 |  |
| 个人简历 | 　 |
| 本人承诺  |  本报名表所填内容准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，如有虚假，由此产生的一切后果由本人承担。 |
|
|  报名人签名： |
|
| 资格审 查意见 |  审查人签名：  |
|
|  |