附件2

湄潭县石莲镇卫生院2023年招聘医务工作者报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 | |  |  |
| 身份证号 |  | | | 出生日期 | |  |
| 政治面貌 |  | 学 历 |  | 学 位 | |  |
| 家庭地址 |  | | | 联系电话 | |  | |
| 毕业时间 |  | | 所学专业 | |  | | |
| 毕业院校 |  | | | | | | |
| 身体状况 |  | | | | | | |
| 报名信息  确认栏 | 以上填写信息均为本人真实情况，若有虚伪、遗漏、错误，责任自负。    签 名：  年 月 日 | | | | | | |