附件1：

凉山州西昌市大学生乡村医生专项计划申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | 照 片（一寸彩照） |
| **民 族** |  | **出生年月** |  |
| **健康 状况** |  | **是否是党员** |  | **是否服从调剂** |  |
| **身份证号码** |  | **学历** |  | **户籍 所在地** |  |
| **毕业学校** |  | **专业** |  | **是否已就业** |  |
| **毕业时间** |  **年 月** |
| **联系电话** |  | **电子邮箱** |  |
| **家庭地址** |  |
| **拟服务村卫生室名称** | **拟服务村卫生室所在乡镇** |
|  |  |
| **个人简历** |  |
| **大学期间****奖励和处分** |  |
| **本人承诺** | 1.本人自愿参加凉山州西昌市2023年大学生乡村医生专项招聘计划，保证本人相关信息真实。2.本人将按照规定的时间及时前往相应招聘地报到，并服从岗位分配，除不可抗力外，不以任何理由拖延。3.服务期间，本人将自觉遵守国家法律和相关管理规定，爱岗敬业，尽职尽责。申请人签字：年 月 日 |
| **备 注** | 此表正反双面打印。 |