附件2

2023年平原县大学生乡村医生专项计划报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 近期一寸  正面半身  免冠  彩色照片 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 学历  （学位） |  | 毕业时间 |  | 学制 |  |
| 毕业学校 |  | | 所学专业 |  | | |
| 身份证号 |  | | 家庭住址 |  | | |
| 电话/手机 |  | | 注册  村卫生室 |  | | |
| 是否应届/择业期内 |  | | | | | |
| 是否服从  调配 |  | | | | | |
| 本人承诺：所填写的信息和提供的资料完全真实有效。  本人签字：    年 月 日 | | | | | | |