**附件2**

**2023年武平县专项招聘编外大学生乡村医生报名登记表**

**报名时间： 编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 籍贯 |  | 近期免冠1寸彩照 |
| 身份证号码 |  | 民族 |  | 出生地 |  |
| 通讯地址 |  |
| 学历 |  | 毕业时间、院校及专业 |  |
| 身体状况 |  | 联系电话 | 本人 |  |
| 家属 |  |
| 个人学习工作简历 |  |
| 家庭主要成员 | **称谓** | **姓名** | **出生年月** | **政治面貌** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **本人承诺：1.本人提交的报名材料真实、准确，符合招聘方案的报考条件。如有不实，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任及由此造成的一切后果；****2.本人对招聘方案已知悉，并认可有关规定。**承诺人(签名): 年 月 日 |
| 审核意见 |  | 审核人签名： 年 月 日 |