**附件2：**

定安县大学生乡村医生专项招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性  别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民  族 |  | 籍  贯 |  | 出生地 |  |
| 专业技术职务 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  |
| 学  历学  位 | 全日制教  育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 拟聘工作单位 |  |
| 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 简历 |  |
| 奖惩情况 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 出生年月( 岁) | 政治面貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 初 审 意 见  |     审查人： 年　  月  　日  |
|  县卫健委部门审核意见 |  　　　　　                     负责人签名：          （公章）年　  月  　日  |
| 报名人员承诺 |     本人承诺以上材料属实，如有不实之处，愿意承担相应责任。                          报名人员签名：            年　  月  　日 |

注：此表双面打印。