**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。