|  |
| --- |
| 附件22023年顺昌县大学生乡村医生专项招聘报名表报考单位：  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照 片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 专业技术职务 |  |
| 毕业院校 |  | 学历 |  |
| 专业 |  | 学位 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 简历 |  |
| 岗位要求条件 |  |
|  本人已全文阅读《**2023年顺昌县大学生乡村医生专项招聘计划公告**》，并保证本人所填写的信息均为真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。 考生（签名）： 年 月 日  |
| 报名资格审查意见 |  经审查，（是、否）具备所报考**2023年顺昌县大学生乡村医生专项招聘**专业工作人员面试资格，（同意、否）准予参加面试。审查人（签名）： 年 月 日 |