附件1

浮梁县2023年面向社会公开招聘乡村医生报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  | 此处张贴一寸彩色照片 |
| 性 别 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  |
| 学历(学位) |  | 专业 |  | 技术职称 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  | 联系电话 |  |
| 户籍所在地 |  区（县） 街道（乡、镇） |
| 现住址 |  |
| 现工作单位 |  |
| 报考岗位（村卫生室） |  |
| 家庭主要人员情况 | 与申请人关系 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 工作单位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **本人承诺：**本人所提供的个人信息、证明资料、证件等真实、准确、有效。对因提供有关信息证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应责任。  承诺人签名： 年 月 日  |
|  审核人： |