2024年鹿邑县公开招聘乡村医生报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份  证号 | |  | | | | | | | 粘 贴  近期照片 |
| 学 历 |  | 民族 | |  | 性别 |  | 政治  面貌 | | |  |
| 户 籍 所在地 |  | 通讯  地址 | |  | | | | | | |
| 毕业院校及时间 | | | |  | | | | | | | |
| 具备资格证书及取得时间 | | | |  | | | | | | | |
| 报考单位 | | | |  | | | | | | | |
| 特长 |  | | | 固定或移动电话号码 | | | |  | | | |
| 个人简历 |  | | | | | | | | | | |
| 诚 信 承 诺 | 我已认真阅读本次公告，理解其内容，认为自己符合报考职位资格条件。报名时所填写的信息真实，所提供的证书、证件、证明等报名材料真实有效，保证通讯畅通。  以上承诺如有违反， 一切后果由本人承担。  本人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 身份证审查意见：  审查人签字：  年 月 日 | | | 学历审查意见：  审查人签字：  年 月 日 | | | | | | 资格证书审查  审查人签字：  年 月 日 | | |
| 资格确认  意 见 | 审查人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | |

注：1.本表格一式二份，由报考者本人用黑色笔如实填写或打印，字迹要清晰、工整

2.个人简历自初中填起。