附件1

通江县大学生乡村医生专项计划申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 性 别 | | | |  | | | | 照 片  （一寸彩照） |
| 民 族 | |  | | | | 出生年月 | | | |  | | | |
| 健康 状况 |  | | | 政治  面貌 |  | | | | 是否服从调剂 | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | | | 学历 | |  | | | | 户籍 所在地 | |  |
| 毕业学校 | |  | | | | 专业 | |  | | | | 是否已就业 | |  |
| 毕业时间 | | | | | | | 年 月 | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | 电子邮箱 | | | | | |  | |
| 家庭地址 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 拟服务村卫生室名称 | | | | | | | 拟服务村卫生室所在单位 | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |
| 个人简历 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 大学期间  奖励和处分 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 考生承诺 | | | 1.本人自愿参加通江县2023年大学生乡村医生专项补录招聘计划，保证本人相关信息真实。  2.本人将按照规定的时间及时前往相应招聘地报到，并服从岗位分配，除不可抗力外，不以任何理由拖延。  3.服务期间，本人将自觉遵守国家法律和相关管理规定，爱岗敬业，尽职尽责。  考生签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 资格审核意 见 | | | 审核人：　 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

注：此表一式两份，双面打印。