附件2

2024年夷陵区大学生乡村医生专项招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考单位： 岗位： | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | 民族 |  | | 相片 |
| 出生年月 |  | | 政治面貌 | |  | 学历学位 |  | |
| 毕业院校 |  | | | | | 所学专业 |  | |  |
| 执业资格 | | | |  | | 取得时间 |  | |
| 户 籍  所在地 |  | | | 婚姻状况 |  | 健康状况 |  | |  |
| 身份证号 | |  | | | | 有何特长 |  | | |
| 现工作单位 |  | | | | | | 联系电话 |  | |
| 学习工作  简历  (从专科学历写起，工作简历含跟班培训、规培、进修、在岗位情况等) |  | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 应  聘  人  员  承  诺 | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。**  **应聘人签名：**  **年 月 日** | 乡镇卫生院审查意见 | **经审查，该大学生乡村医生现在村卫生室岗位，同意报名。**  **审查人签名：**  **年 月 日** | 资  格  审  查  意  见 | **经审查，符合应聘资格条件。**  **审查人签名：**  **年 月 日** |
| 备  注 |  | | | | |