附件1

务川自治县2024年定向招聘大学生乡村医生专项计划人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | | 民 族 | |  | | （照片） |
| 身份证号 | |  | | | | 出生  日期 | |  | |
| 政治面貌 | |  | 学历 |  | | 学位 | |  | |
| 联系电话 | |  | | | | 生源地 | | |  | |
| 毕业时间 | |  | 所学专业 | | |  | | | | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | | | |
| 参加工作时间 | |  | 现工作村卫生室 | | |  | | | | |
| 报考单位 | |  | | | 报考岗位及代码 | |  | | | |
| 报名信息确认栏 | | | 以上填写信息均为本人真实情况，若有虚伪、遗漏、错误，责任自负。  考生签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| 资格初审情况 | 审查人签字：  2024年 月 日 | | 资格终审情况 | | | 组长签字：  2024年 月 日 | | | | |