|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **通城县卫生健康系统2024年大学生乡村医生专项招聘报名表** | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 民 族 |  |  | |
| 出生年月 |  | 籍 贯 | |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  | | | | 参加工作  时 间 |  |
| 专 业 职 称 |  | 学 历 学 位 | |  | 何时毕业于 何校何专业 |  | | |
| 报考单位 |  | | 报 考  岗 位 | |  | | | |
| 联 系 方 式 | 手 机 |  | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | |
| 主 要 经 历 |  | | | | | | | |
| 资格审查  意 见 | 报名单位： 县卫健局：  县人社局： | | | | | | | |

注：此表由报考人员如实填写，如弄虚作假，取消其报名资格。