附件2

兴山县卫生健康局所属事业单位面向2024届农村

订单定向（本科层次）免费医学生专项招聘考试报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 民族 | | |  | 籍贯 | |  |  |
| 出生年月 |  | 政治面貌 | |  | | 入党时间 | | |  | 婚否 | |  |
| 学历  （毕业时间院校专业） |  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| 报考单位  及岗位 |  | | | | | | 现工作  单位(学校) | | |  | | | |
| 联系电话 |  | | | | | | 是否服从安排 | | |  | | | |
| 现居住地 |  | | | | | | QQ号 | | |  | | | |
| 身份证号 |  | | | | | | 邮箱 | | |  | | | |
| 个人简历（从高中阶段填起） |  | | | | | | | | | | | | |
| 个人爱好或特长 |  | | | | | | | | | | | | |
| 受表彰奖励情况 |  | | | | | | | | | | | | |
| 家庭情况（父母夫妻儿女） | 称谓 | | 姓名 | | 年龄 | | | 政治面貌 | | | 工作单位及职务 | | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |
| 本人承诺 | 本人提供所有资料真实有效，否则自行承担相应后果。若被聘用,在本县乡镇卫生院工作最低服务年限为6年（含试用期）。  承诺人:                               年      月    日 | | | | | | | | | | | | |