附件2

2023年第一师阿拉尔医院医共体大学生

乡村医生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | | 出生年月 | | |  | 照  片 | |
| 民 族 |  | | 政治面貌 | |  | | | 婚姻状况 | | |  |
| 身份证号 |  | | | | | | 学 历  (学 位) | | |  | |
| 毕业院校及  毕业时间 |  | | | | | | 所学专业 | | |  | |
| 户籍所在地 | 省 县（市、区） | | | | | | 户籍  所在地 | | | 疆外户籍□ 新疆户籍□  兵团户籍□ | | | |
| 职 称 |  | | | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 报考单位 |  | | | 岗位代码 | | |  | | | 邮 箱 | |  | |
| 人事档案所在地、所在部门 | | |  | | | | | | | | | | |
| 是否服从调剂 | 是□ 否□ | | | 与报考单位之间是否存有亲属回避关系 | | | | | | | | 是□ 否□ | |
| 个人简历  （从小学入学  时间开始填写至今） |  | | | | | | | | | | | | |
| 家 庭  主 要  成 员  （父母、配偶、子女、兄弟姐妹均需填写） | 关 系 | 姓 名 | | | | 政治  面貌 | | | 所在单位及职务 | | | | 联系电话 |
|  |  | | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | | |  | | |  | | | |  |
| 填写信息  属实承诺 | 本人已仔细阅读招聘公告、岗位表等相关资料，承诺所填写的个人信息和所提供的资料真实准确，并符合招聘岗位的要求。如果由于填写个人信息或提供资料不准确、不真实而导致不能正常参加面试或取消聘用资格等情况，则由本人承担全部责任。  填表人签名（手签）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

说明：此表由考生自行下载打印填写，并在填表人签名处手写签名后扫描上传。