附件2

|  |
| --- |
| 天全县招聘2023年大学生乡村医生补录计划报名表 |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | （照片） |
| 性别 |  | 出生年月 |  |
| 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 学习类别 |  | 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 毕业时间 |  | 健康状况 |  | 户籍所在地 |  |
| 执（职、从、专）业资格证书（含类别） |  | 联系地址 |  | 邮编 |  |
| E-mail |  | 考生类型 |  | 参加工作时间 |  |
| 工作单位 |  | 基层服务项目类别 |  | 联系电话 |  |
| 招聘单位名称 |  | 招聘岗位 |  | 职位代码 |  |
| 个人简历 |  |
| 所受奖惩情况 |  |
| 家庭成员情况 |  |
| 请报考者如实填写以上信息后，签字认可： 年 月 日 |
| 资格初审意见 | 年 月 日 |