附件1

通江县大学生乡村医生专项计划申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照 片（一寸彩照） |
| 民 族 |  | 出生年月 |  |
| 健康 状况 |  | 政治面貌 |  | 是否服从调剂 |  |
| 身份证号码 |  | 学历 |  | 户籍 所在地 |  |
| 毕业学校 |  | 专业 |  | 是否已就业 |  |
| 毕业时间 |  年 月 |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 家庭地址 |  |
| 拟服务村卫生室名称 | 拟服务村卫生室所在单位 |
|  |  |
| 个人简历 |  |
| 大学期间奖励和处分 |  |
| 考生承诺 | 1.本人自愿参加通江县2023年大学生乡村医生专项补录招聘计划，保证本人相关信息真实。2.本人将按照规定的时间及时前往相应招聘地报到，并服从岗位分配，除不可抗力外，不以任何理由拖延。3.服务期间，本人将自觉遵守国家法律和相关管理规定，爱岗敬业，尽职尽责。考生签字：年 月 日 |
| 资格审核意 见 | 审核人：　 年 月 日 |

注：此表一式两份，双面打印。