附件1:

2024年度益阳市赫山区卫健系统公开招聘

一级乡村医生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 身份证号 |  | 婚姻状况 |  |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  | 文化程度 |  |
| 毕业学校/专业 |  | 村医等级 |  |
| 执业资格 |  | 取得时间 |  |
| 档案保管单位 |  | 电子邮箱 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话1 |  | 联系电话2 |  |
| 学习和工作简历(自高中起) |  |
| 与应聘职位相关的实践经历或取得的成 绩 |  |
| 应聘人员承诺 | 本人承诺所提供的信息真实有效，符 合应聘职位所需的资格条件。如有弄虚作 假，承诺自动放弃应聘资格。应聘人签名：年 月 日 | 资格审查意见 | 经审查，符合应聘资格条件。审查人签名：招聘单位：(公章)年 月 日 |