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 | | |