附件2：

梓潼县2024年度大学生乡村医生专项计划招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | | 性  别 | |  | | 出生年月 | | |  | 寸  照 |
| 民  族 |  | | 政治面貌 | |  | | 入党时间 | | |  |
| 婚姻状况 |  | | 户  籍  所 在 地 | |  | | 参加工作  时 间 | | |  |
| 身 份 证  号  码 |  | | | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | 手机号码 | | |  | |
| 学 历  学 位 |  | | | | | | 所学专业 | | |  | |
| 毕 业  院 校 |  | | | | | | 毕业时间 | | |  | |
| 专业技术职称或执业资格 |  | | | | | | 取得专业技术职称时间 | | |  | |
| 报考岗位 | 镇 村卫生室 | | | | | | 是否接受  调 剂 | | | 是 ¨ 否 ¨ | |
| 个人简历  （高中起） |  | | | | | | | | | | |
| 与报考岗位相关的实践经历或取得的成绩、资格证书等 |  | | | | | | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系情况 | 称 谓 | 姓 名 | | 年 龄 | | 政 治  面 貌 | | 工 作 单 位 及 职 务 | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
| 报考  人员  承诺 | 本人承诺填写的信息及提供的材料均合法、真实、有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假或填写失实、失误，承诺放弃考核或录取聘用资格，并承担由此造成的一切后果。    报考人员签名：  年   月   日 | | | | | | | 资格审查  意见 | 审查人签名：  年  月  日 | | |
| 备  注 | 1.考生须如实填写以上内容，如填报虚假信息者，取消考核或录取聘用资格；  2.资格审查合格的，考生现场确认后由县卫健局留存此表；  3.考生需保持联系方式有效、畅通，以便联系。  4.本表一式两份，并附身份证、毕业证书、学位证书复印件，报名时提供原件审核。 | | | | | | | | | | |