附件2

昌吉州2024年度大学生乡村医生专项计划招聘

人员报名及资格审查表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 报考单位（具体到村卫生室） |  | （2寸蓝底照片） |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 户籍地 |  | 学 历 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号 |  | 笔试类别 | 中医临床类（ ） 西医临床类（ ） |
| 毕业院校及所学专业 |  |
| 家庭详细地址 |  | 联系电话 |  |
| 是否接受调剂 | 是（ ） 否（ ） | 紧急联系人及电话 |  |
| 加分信息 | 是否为维吾尔族、哈萨克族、蒙古族、柯尔克孜族、锡伯族、塔吉克族、达斡尔族、乌孜别克族、塔塔尔族、俄罗斯族考生 | 是（ ） 否（ ） |
| 是否为服务期满且考核合格的“大学生服务西部计划志愿者”、“三支一扶”等服务基层项目人员 | 是（ ） 否（ ） |
| 是否为大学本科及以上毕业生 | 是（ ） 否（ ） |
| 是否为烈士配偶及其子女 | 是（ ） 否（ ） |
| 学习工作简历 |  |
|
|
|
|  本人承诺，本报名表所填报信息真实准确，如因个人瞒报、漏报、错报、虚报等行为造成的后果，由本人承担。  承诺人（需手写签名）： 年 月 日 |
| 资格审查意见 | 初审意见：审核人员（签名）： 年 月 日  | 复审意见：审核人员（签名）： 年 月 日 |

备注：

1.请用A4纸打印，黑白或彩色均可；

2.笔试类别、加分信息按照个人实际情况在对应处打“√”；

3.本表一式两份，报名时交资格审查人员进行资格审查。