附件2

什邡市2024年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 |   | 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 | 初审意见：初审人签名：复审意见：复审人签名：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， 考生现场确认后由区卫健局留存此表；3.考生需保持联系方式有效、畅通， 以便联系。4.本表一式一份，并附身份证、毕业证书等所需审核资料复印件， 报名时提供原件审核。 |