附件2

雅安市雨城区2023年大学生乡村医生专项计划报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出 生****年 月** |  | **照片** |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  | **健康****状况** |  |
| **政治****面貌** |  | **家庭住址** |  |
| **学历学位****（毕业学校及专业）** | **全日制** |  |
| **非全日制** |  |
| **通信地址****及 邮 编** |  | **联 系****电 话** |  |
|  **个****人****简****历** |  |
| **家庭****主要****成员****及重****要社****会关****系** | **称 谓** | **姓 名** | **年龄** | **政治面貌** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。** **申请人（签名）：** **年 月 日** |