附件2

2024年宜都市面向大学生乡村医生专项招聘报名登记表

报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | | 出生  年月 | |  | | 免冠  一寸彩照 | |
| 民族 | |  | | 政治  面貌 | |  | | 户口  所在地 | |  | |
| 最高  学历 | | 普通高校 | |  | | | | 毕业  时间 | |  | |
| 成人高校 | |  | | | |
| 参加工作时间 | |  | | 健康  状况 | |  | | 专业技术资格 | |  | | | |
| 联系  地址 | |  | | | | | | | | 固定电话 |  | | |
| 移动电话 |  | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | 邮编 |  | | |
| 最高学历毕业院校 | |  | | | | | | | | 所学专业 |  | | |
| 现工作  单位 | |  | | | | | | | | 身份证号码 |  | | |
| 个  人  简  历 | |  | | | | | | | | | | | |
| **本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。**  **报考承诺人（签名）： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 | |  | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | |
| 现工  作单  位审  查意  见 | | (盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 卫健局  审查  意见 | | (盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | | | | | | |

注：1.简历从大、中专院校学习时填起；2.栏目中无相关内容的填“无”；3.A4正反打印。