|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |  |  | |  |  | |  |
| 长顺县乡村医生报名申请表 | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 民 族 | |  | 照 片 | | |
| 身份证号 |  | | | 出生日期 |  | | |
| 政治面貌 |  | | 户籍所在地 | |  | | |
| 学 历 |  | | | 毕业时间 |  | | |
| 毕业学校及专业 | |  | | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | |
| 申报村卫生室 | |  | | | | 是否服从调配  村卫生室 | | |  | |
| 报名  信息  确认  栏 | 本人郑重承诺：上述所填写内容及提供的报名材料、证件等均真实有效，若有虚假，将取消聘用资格，一切后果自负。  报名人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 学习  工作  简历 |  | | | | | | | | | |
|
|
|
|
| 招聘  单位  审查  意见 | 审查人签字（盖章）：   年 月 日 | | | | | | | | | |
| 考生  照片  粘贴  处 | 照片1粘贴 照片2粘贴 | | | | | | | | | |
| 注：此表请用A4纸双面打印。 | | | | | | | | | | | |