|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 |