附件2

紫云自治县招聘医学专业高校毕业生免试申请乡村医生执业报名表

报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 政治面貌 |  | 身份证号 码 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业具体名称 |  |
| 本人联系电话 |  | 紧急联系人电话 |  |
| 报考信息确认栏 | 以上填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。 考生签名: |
| 招聘单位审核意见 | 审核人：  2020年 月 日 （单位审核章） |