**附件2：**

**湄潭县天城镇卫生院2023年公开招聘医务工作者报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | | | 出 生日 期 |  |
| 政治面貌 |  | 学 历 |  | 学位 |  |
| 家庭住址 |  | | | 联系电 话 |  | |
| 毕业时间 |  | 所 学专 业 |  | | | |
| 毕业院校 |  | | | | | |
| 身体状况 |  | |  |  | | |
| 报名信息确认栏 | 以上填写信息均为本人真实情况，若有虚伪、遗漏、错误，责任自负。  签名：  年 月 日 | | | | | |