附件2：

|  |
| --- |
| 千山区卫生健康局公开招聘乡村医生报名登记表 |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生日期 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  |
| 户口所在地 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |   | 毕业时间 |  |
| 专业技术职称 |  | 具有其他职业资格 |  |
| 现工作单位 |  | 本人联系方式 |  |
| 报考单位及岗位 |  |
| 工作经历 |  |
| 诚信承诺 | 资格审查意见 |
|  本人须保证以上填写的内容真实有效。 考生本人签名： 年 月 日 | 村法人:  年 月 日 | 镇街负责人： 年 月 日 | 资格审查人：   年 月 日 | 区卫生健康局：  年 月 日 |
| 备注： 本表须签字、盖章。 |