附件2

连南瑶族自治县大学生乡村医生专项公开招聘报名表

 **报考单位： 岗位类别及代码：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 贴相片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 现户籍地 |  省 市（县） | 婚姻状况 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 学历及学位 |  |
| 专业技术资格 |  | 职业资格 |  | 执业资格 |  |
| 学习、工作经历（何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从中学开始，按时间先后顺序填写） |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家 庭成 员及 主要 社会 关系 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 有 何特 长及 突出 业绩 |  |
| 奖 惩情 况 |  |
| 报名人员承诺 | 我已详细阅读了招聘公告、岗位相关要求和有关须知说明，确信本人符合招聘公告报考条件及岗位要求，如因个人填报信息失实或不符合报考条件和岗位要求而被取消聘用资格的由本人负责。报名人员签名： 年 月 日 |
| 审 查意 见 |   (主管部门盖章）审查人员签名： 复核人签名： 　　　　年　　月　　日　　　　　　　 　　　　　　　 |
| 备 注 |  |

说明：1、此表用蓝黑色钢笔填写，字迹要清楚，一式二份，A4纸双面打印；

2、此表须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。