附件2

丽江市面向医学专业高校毕业生公开招聘大学生乡村医生报名登记表

人员类别：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 民 族 | |  | 近期免冠  一寸照片 |
| 出 生  年 月 |  | 籍 贯 |  | | 学 历 | |  |
| 政 治  面 貌 |  | 入党（团）  时间 |  | | 学 位 | |  |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 | |  | | |
| 学历证书  编 号 |  | | | 是否为定向或规培生 | |  | | |
| 是否取得执业（助理）医师资格证 |  | | | 医师资格证书编号 | |  | | |
| 身 份 证  号 码 |  | | | 户 籍  所在地 | |  | | |
| 手机号码 |  | | | 婚姻状况 | |  | | |
| 邮箱地址 |  | | | 是否曾与其他单位有劳动关系 | |  | | |
| 学习（工作）经历  （高中以上） | （xx年x月－xx年x月 XXXXXX学校XX专业 学历） | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员 | （与本人关系 姓名 工作单位及职务 政治面貌 联系电话） | | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | | |
| 专业  特长 |  | | | | | | | |
| 其他需要说明的 问 题 |  | | | | | | | |
| 我保证上述表格中所填内容信息真实有效。如有虚假，自愿取消聘用资格，并承担一切责任。  申请人签名：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 备注：1.人员类别须注明2023届毕业生、择业期应届毕业生。 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |