附件：

武冈市卫生健康系统2024年面向

市内一级乡村医生公开招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 民 族 | |  | |  |
| 籍 贯 |  | 身份证号码 | | |  | | | | | |
| 出生年月 |  | | | 政治面貌 | |  | | | | |
| 全日制学  历学位 |  | | | 全日制毕业院校、专业  及毕业证号 | | | | | |  | |
| 在职学  历学位 |  | | | 在职毕业院校、专业  及毕业证号 | | | | | |  | |
| 职称、执业资格 |  | | | 取得时间 | | | | | |  | |
| 乡村医生评定等级 |  | | | 乡村医生执业注册地点 | | | |  | | | |
| 联系电话 |  | | | 常住地址 | | | |  | | | |
| 简  历 |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主要  家庭  成员  及社  会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 与报考岗位相关的实践经历或取得的成绩 |  | | | | |
| 考生  承诺 | 本人承诺所提供的材料真实有效，符合报考岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，自动放弃考试和聘用资格。且承诺聘用后最低服务期（5年）内不得辞职和调动工作单位。  考生签名：  年 月 日 | | | | |
| 资格  审查  意见 | 审查人签名（盖章）：  年 月 日 | | | | |