附件2：

**黑河市2024年公开招聘大学生乡村医生**

**专项招聘报名资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  | 照  片 |
| 籍贯 |  | | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号码 | |  | | | 联系电话 |  |
| 工作单位 | |  | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | |
| 毕业院校及专业 | |  | | | | | |
| 是否符合项目生等加分政策 | |  | | | 政策性  加分分数 |  | |
| 报考单位 | |  | | | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | 报名人承诺：  本报名表所填信息及提交的各类证件材料均真实有效，如有虚假，所产生的一切后果由本人承担。    签名：  年  月  日 |
| 家庭成员主要  社会关系单位  及职务 |  | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | |
| 审核  意见 |  | | | | | | |

说明：“联系电话”请填写能联系到本人或家人的电话，如填写错误、手机关机、停机等个人原因造成无法联系耽误考试聘用的后果自负。