附件2

西峰区公开招聘乡村医生报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | （照片） |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号 |  |
| 执业资格 |  | 获得证书时间 |  |
| 报考岗位 （具体到村卫生室） |  |
| 家庭详细地址 |  | 联系电话 |  |
| 服从区域内调剂 | 是[ ] 否[ ] |
| 学习工作简历 |  |
|
|
|
|  本人承诺，本报名表所填报信息真实准确，如因个人瞒报、漏报、错报、虚报等行为造成的后果，由本人承担。 承诺人（需手写签名）：  年 月 日 |