附件3

2025年哈尔滨市道外区卫生健康局

公开招聘乡村医生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月日 |  | 照片（小二寸白底彩色证件照片） |
| 民 族 |  | 户籍地 |  | 政治面貌 |  |
| 入 党时 间 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 现住址 |  |
| 户籍地址（与户口一致） |  |
| 身 份证 号 |  | 联系电话 |  |
| 联系邮箱 |  |
| 技 术职 称 |  |
| 统招教育（最高） | 学历 |  | 毕业院校 |  |
| 学位 |  | 所学专业 |  |
| 在职教育（最高） | 学历 |  | 毕业院校 |  |
| 学位 |  | 所学专业 |  |
| 资格证书 |  |
| 报考岗位名称 |  | 岗位编号 |  |
| 教育经历 | （请填写起止时间、毕业院校、学历、学位、所学专业等信息。） |
| 工作简历 | （请填写起止时间、所在单位、所从事工作、担任职务等信息。） |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭情况主要社会关系 | 称谓 | 姓 名 | 工作单位及职务 | 紧急联系电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 自我评价 |  |
| 诚信承诺 | 本人承诺：以上填写的各项报考信息全部真实有效，且没有本次招聘公告中所列的不接受报名的情形，因提供虚假信息所产生的一切后果，均由本人负责。本人亲笔签名：年 月 日 |