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 | | | | | | | |