附件1：

路北区乡村一体化村卫生室公开招聘乡村医生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 民族 | |  | 出生年月 | |  | 照片  （小二寸） | |
| 政治 面貌 |  | | 学历 | | | |  | 专业 | |  |
| 毕业  学校 |  | | | | | | 毕业时间 |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | | 联系电话 |  | | | | |
| 执业资格 | | （ ）执业医师 | | | | | | 取得时间 | | |  | |
| （ ）执业助理医师 | | | | | |
| （ ）乡村全科执业助理医师 | | | | | |
| （ ）无执业资格 | | | | | |
| 报考岗位 | |  | | | | | | | | | 是否服从调剂 |  |
| 个人简历（包括学习经历和社会工作经历） | |  | | | | | | | | | | |
| 卫生室属地 村委会审核  意 见 | | （单位盖章）  年 月 日 | | | | 卫生室属地乡镇政府审核  意 见 | | | （单位盖章）  年 月 日 | | | |
| 卫生室属地乡镇卫生院审核意 见 | | （单位盖章）  年 月 日 | | | | 区卫健局  意 见 | | | （单位盖章）  年 月 日 | | | |
| 个人承诺 | | 1.本人已认真阅读招聘公告，填写的各项信息真实准确； 2.符合招聘岗位所要求的招聘条件； 3.对因自身原因所造成的一切后果，本人自负。 承诺人签名（手写）： 年 月 日 | | | | | | | | | | |

此表一式四份，分别由区卫生健康局、乡镇政府、乡镇卫生院、村委会留存。