附件1

大新县下雷中心卫生院

乡村医生招聘报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | | 照片 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  | | |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  | | |
| 参加工作  时 间 |  | 健康状况 |  | | |
| 执业资格  及取得时间 |  | 身份证号码 |  | | | |
| 毕业院校、专业 |  | | | | | |
| 现家庭住址 |  | | | 联系电话 |  | |
| 学习经历（从高中/中专开始填写） |  | | | | | |
| 个人工作  经历 |  | | | | | |
| 卫生院  聘用意见 | 年 月 日 | | | | | |