**弥渡县德苴乡卫生院公开招聘乡村医生报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |  |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号 |  | 籍贯 |  |
| 参加工作时间 |  | 现工作单位 |  |
| 原始学历 |  | 学历性质 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 最高学历 |  | 学历性质 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 具有的资格证书名称及编号 |  |
| 本人通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 规培时间、医院、专业 |  |
| 工作、学习经历 |  |
| 报考岗位 |  |
| 本人承诺 | 本人符合报名通告所述的报名条件，不存在不予报考的任一情形，所提供的报名资料真实有效，若存在弄虚作假行为，自报名之日起至聘用期间的任何时刻均可被用人单位取消考试资格或聘用资格。若因信息填写错误、缺失等原因造成的一切后果，由本人承担。本人已了解本次招聘的用工方式及薪酬待遇等相关信息，确认参加报名考试。本人签字（按手印）： 年 月 日 |
| 现场审核情况 | 招聘单位审核意见： 人事部门盖章：年 月 日 |