|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2  2023年顺昌县大学生乡村医生  专项招聘报名表  报考单位： | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 | |  | | 照 片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 | |  | |
| 政治面貌 |  | 参加工  作时间 |  | 健康状况 | |  | |
| 专业技术职务 |  | | | | | | |
| 毕业院校 |  | | | | 学历 | |  | |
| 专业 |  | | | | 学位 | |  | |
| 身份证  号码 |  | | | | 联系电话 | |  | |
| 简  历 |  | | | | | | | |
| 岗位  要求条件 |  | | | | | | | |
| 本人已全文阅读《**2023年顺昌县大学生乡村医生专项招聘计划公告**》，并保证本人所填写的信息均为真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。  考生（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 报名  资格  审查  意见 | 经审查，（是、否）具备所报考**2023年顺昌县大学生乡村医生专项招聘**专业工作人员面试资格，（同意、否）准予参加面试。  审查人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | |