附件2

五峰土家族自治县卫生健康局所属事业单位面向大学生乡村医生专项招聘工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 民族 |  | 照  片 |
| 政治面貌 |  | | | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  | | | 电子信箱 |  |
| 学历 |  | | | 毕业学校 |  |
| 专业 |  | | | 毕业证号 |  |
| 服务岗位 |  | | 职业资格名称及专业 | |  | |
| 家庭通信  地址 |  | | | | | |
| 学习  工作  简历  （从高中开始填写） | （简历的起止时间填到月，前后衔接，不得间断） | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓名 | 与本人关系 | | 政治面貌 | 所在单位及职务 | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
| 服务所在  单位意见 | 服务单位出具在服务期的表现情况。同意报考。  （盖章）  年 月 日 | | | 服务所在  主管部门  意见 | （盖章）  年 月 日 | |
| 人社部门  审核意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |

备注：正反面打印。