附件2：

荆州区大学生乡村医生专项招聘报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 学 　历 |  | 学位 |  | 毕业证书编号 |  |
| 家庭住址 |  | 身份证号码 |  |
| 所学专业 |  | 报考岗位及岗位代码 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 本人简历（从高中填起） |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 奖惩情况 |  |
| 报名人承 诺 | 我确保本次报名填写信息真实可靠，如有造假，我本人承担全部责任！ 报名人签名： |
| 资格审查意　　见 | 　　　　　　　　　　　　　　审查人签名： |

注意：本表中所填内容以及所提供材料均须真实有效，如有不实之处，取消应聘资格。