附件1

**爱辉区2025年公开招聘乡村医生报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |  |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 参加工作时 间 |  | 从事农村卫生工作时间 |  | 职业资格（取得时间） |  |
| 健康状况 |  | 身份证号 码 |  |
| 学历学位 | 全日制学历 |  | 毕业时间、院校、专业 |  |
| 在职教育学 历 |  | 毕业时间、院校、专业 |  |
| 现住址 |  | 本 人联系电话 |  |
| 申请应聘的村卫生室名称 |  |
| 个人简历 |  |
| 报名人员签 名 | 根据工作需求是否同意调配： 申请人: 年 月 日 |
| 卫健局审核意见 |   年 月 日 |

注：学历情况只填写本人最高学历