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