附件2

永德县医共体总医院2025年公开招聘11名乡村医生岗位报名表

**报考单位： 报考岗位：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片粘贴处 |
| 出生年月 |  | 民族 |  |
| 身份证号 |  | 学历 |  |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 职称资格及取得时间 |  | 联系电话 |  |
| 全日制毕业学校/专业，及时间 | 学校/专业： 毕业时间： 年 月学校/专业： 毕业时间： 年 月 |
| 函授毕业学校/专业，及时间 | 学校/专业： 毕业时间： 年 月学校/专业： 毕业时间： 年 月 |
| 主要学习工作经历 | X年X月—X年X月 毕业学校/工作单位 所学专业 学历 |
|  |
| 个人承诺书 | 本人郑重承诺未与其他单位签订劳动合同，报名时所提交的各种证件、材料均真实有效，若存在弄虚作假行为，一经查出，不予聘用，已签订劳动合同者将予以解除并退回补助。  报名者若同意上述条款，请在此**签名（捺印）：**  |
| 备注 |  |
|  招考单位审核人员签字确认： 日期： 年 月 日 |

 （内容填写请控制在一页内）