附件2：

2025年克山县社区卫生服务中心公开招聘医学毕业生登记表

岗位名称： 岗位代码：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | (一寸照片) |
| 出生年月 |  | 年龄(周岁) |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  | 学历学位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 现居住地址 |  | 联系电话 |  |
| **是否为右列人员（在选项序号上打“√”）如不选则视为自动放弃** | □ 1.“三支一扶计划”考核合格并期满□ 2.“农村义务教育阶段学校教师特设岗位计划”考核合格并期满□ 3.“大学生志愿服务西部计划”考核合格并期满□ 4.“村村大学生计划”考核合格并期满□ 5.“选聘高校毕业生到村任职”考核合格并期满□ 6.退役大学生士兵□ 7.城乡基层公益性岗位工作2年以上□ 8.疫情防控一线编制外医务人员 |
| 所选项的服务地及岗位、服务年限、认定单位 |  |
| 家庭主要成员 | 姓名 | 关系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 个人简历（从高中阶段开始填写） |  |
| 报考人承诺 |  本人承诺已详细填写报名表并已认真核对所填信息无误，保证符合本次招聘的报名条件，保证所提交的证件材料真实有效，如有虚假，后果自负。一经聘用，坚决服从招聘单位安排，按时上岗。   报考人签字： 年 月 日 |
| 所在单位意 见 | 负责人签字： 公章： 年 月 日 |
| 招聘单位主管部门审核意见 | 审核人签字： 复核人签字： 年 月 日 |

备注：此表正反面打印，一式两份。