附件1

**广德市2025年大学生乡村医生专项计划招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 粘贴  2寸  彩色  照片 |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  | 健康  状况 |  |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  | | |
| 户 口  所在地 |  | 婚姻状况 |  | 本人  身份 |  |
| 毕业学校  及专业 |  | | | | |
| 入学时间 |  | | 毕业时间 | |  | |
| 最高学历 |  | | 最高学位 | |  | |
| 参加工作  时间 |  | | 现工作单位 | |  | |
| 联系电话 |  | | 备用联系电话 | |  | |
| 专业技术职称  或技能 |  | | 家庭住址 | |  | |
| 报考单位 及岗位 |  | |  | |  | |
| 个人简历  (从高中  填起) | \*（请详细注明学习经历、所学专业及工作情况，时间连续不间断） | | | | | |
| 奖惩情况 | \* | | | | | |
| 本人承诺 | 以上填写信息属实，如有弄虚作假，本人愿意承担一切后果。  应聘人员手写签名: 年 月 日 | | | | | |