附件2

西双版纳州面向2025年应届医学专业高校毕业生

公开招聘大学生乡村医生报名表

报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 | |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 | |  |
| 学 历 |  | 学位 |  | 所学专业 | |  |
| 毕业院校 |  | | 毕业时间 |  | | |
| 联系电话 |  | | 身份证号码 | |  | | |
| 规培基地 |  | | 规培结业时间 | |  | | |
| 是否取得执业（助理）医师资格证 | |  | 执业（助理）医师资格证编码 | |  | | |
| 卫生专业技术职称 | |  | 卫生专业技术职称证书编码 | |  | | |
| 报考单位及岗位 |  | | | | | | |
| 本人承诺 | 本人符合此次招聘报名岗位的相关条件及要求，并保证提交的所有报名材料准确、完整、真实有效。  本人将自愿承担因个人不符合报名条件、报名信息填写错误、缺失等造成的一切后果，并承担相应责任。  申请人签字（按手印）：  年 月 日 | | | | | | |
| 资格审核  意见 | 盖章：  年 月 日 | | | | | | |