附件2

**毕节市2025年面向社会公开招聘大学生乡村医生事业编制人员**

**报名信息表**

**报名序号：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 民族 |   |   |
| 身份证号 |   | 出生日期 |   |
| 政治面貌 |   | 户籍所在地 |   |
| 生源所在地 |   | 是否普通高等教育全日制 |   |
| 学历 |   | 学位 |   | 毕业时间 |   |
| 所学专业具体名称 |   | 毕业院校 |   |
| 工作单位 |   | 工作年限 |   | 参加工作时间 |   |
| 专业职称（职务） |   | 职业（从业）资格证 |   |
| 报考单位及代码 |   | 报考岗位及代码 |   |
| 是否应届高校毕业生 |   | 是否退役大学生士兵 |   |
| 联系电话 |   | 紧急联系电话 |   |
| 主要简历 |   |
| 其它需要说明事项 |   |
| 报考信息确认栏 | 以上填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。考生签名： 代报人员签名： |
| 原单位意见 | 提供单位证明或单位2025年 月 日（盖章） | 招考单位初审意见 | 审查人签字：2025年 月 日（盖章） | 招考单位复审意见 | 审查人签字：2025年 月 日（盖章） |