附件2

 2025年仁寿县大学生乡村医生专项招聘报名信息表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月（ 岁） |  | 照片 |
| 国 籍 |  | 民 族 |  | 籍 贯 |  |
| 政 治面 貌 |  | 参加工作时 间 |  | 健康状况 |  |
| 专业技术职务 |  | 熟悉专业有何专长 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 身份证号码 |  | 电子邮箱地址 |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 应聘岗位 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 学习工作简历 |  |
| 主要工作业绩及奖惩情况 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 年 龄 | 政 治面 貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 其他需要说明的情况 |  |
| 报名信息确认 | 本人承诺：以上填报信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。 签字： 时间： |
| 资格审查单位意见 | （盖章）年 月 日 |