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 | | | | | | | | | |