附件2：

昭通市2025年面向社会公开招聘大学生

乡村医生专项计划人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴免冠彩色证件照片（1寸） |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号 |  | 执业资格 |  |
| 全日制学历 |  | 全日制毕业院校及专业 |  |
| 家庭地址 |  | 联系电话 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 学习和工作简历 | 起止时间 | 工作单位及职务 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 家庭成员 | 姓名 | 关系 | 年龄 | 工作单位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 审核意见 |  审查人签字： 年 月 日 |