|  |
| --- |
| 公开招聘乡村医生报名登记表 |
| 姓 名 |   | 身份证号 |   | 照片 |
| 出生日期 |   | 性别 |   | 民族 |   | 政治面貌 |   |
| 户口所在地 |   | 学历 |   | 学 位 |   |
| 毕业院校 |   | 所学专业 |   | 毕业时间 |   |
| 专业技术职称 |   | 具有其他职业资格 |   |
| 现工作单位 |   | 本人联系方式 |   |
| 报考单位及岗位 |   |
| 工作经历 |   |
| 诚信承诺 | 本人保证以上填写的内容真实有效。 | 资格审查意见 |   |   |   |   |
| 考生本人签名： | 审查人： |
|   | 年  月  日 |   | 年  月  日 |   |
| 备注 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |