附件1

**河北省乡村医生定向招录人员报名表**

 市 县（市、区） 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 照片**（1寸免冠照片）** |
| 政治面貌 |  | 专业技术职务或执业资格 |  | 考生身份 |  |
| 毕业学校 |  | 所 学专 业 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 报考岗位 |  乡镇 村卫生室 | 可否调剂 |  |
| 个人简历（包括学习经和社会工作经历） |  |
| 家庭成员情 况 | 姓 名 | 关 系 | 所在单位 | 职 务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 个人承诺 | 1．本人已认真阅读定向招录公告，填写的各项信息真实准确；2．符合定向招录及岗位所要求的招录条件；3．对因自身原因所造成的一切后果，本人自负。承诺人签名（手写）： 年 月 日 |

注：

 1.考生身份是指“学生、在职、农民、工人、复转军人、个体、待业、其它。

 2.承诺人须本人签字并按手印。

 3.请认真审查校对所填写的相关信息，否则后果自负。