附件2：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 千山区卫生健康局公开招聘乡村医生报名登记表 | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | | | 民族 |  | 照片 |
| 出生日期 |  | 性别 |  | 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 | | 资格审查意见 | | | | | | |
| 本人须保证以上填写的内容真实有效。    考生本人签名：  年 月 日 | | 村法人:    年 月 日 | | 镇街负责人：  年 月 日 | | 资格审查人：      年 月 日 | | 区卫生健康局：    年 月 日 |
| 备注： 本表须签字、盖章。 | | | | | | | | |