**2023年龙井市卫生健康系统公开招聘员额管理医生（村医)报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 民 族 |  |  |
| 出生年月日 |  | | 政治面貌 |  | | 学 历 |  |
| 毕业院校 |  | | | 专业 | |  | |
| 考生身份 |  | 婚姻状况 | |  | | 身 高 |  |
| 现工作单位 |  | | | | | | |
| 基层工作经历及年限 | | |  | | | | | |
| 身份证号 |  | | | | | 联系电话 |  | |
| 报考部门 | | | | | 岗位名称 | | | |
|  | | | | | 村卫生室医生（同意调剂 是 否 ） | | | |
| 学习工作简历（从第一学历开始） |  | | | | | | | |
| 家庭成  员情况 | 姓 名 | | 关 系 | 所在单位 | | | | 职 务 |
|  | |  |  | | | |  |
|  | |  |  | | | |  |
|  | |  |  | | | |  |
| 报考承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。    报名人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | |
| 资格 审查 意见 | 审查2人签字：  单位公章  年 月 日 | | | | | | | |



**身份证复印件粘贴处**

**（请剪裁后再粘贴）**

**抹胶处**

**（2）**

**抹胶处**

**（1）**

**填表时应注意以下事项：**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、请您认真审查

校对所填写的相关信息，否则后果自负；

**抹胶处**

**（5）**

**抹胶处**

**（3）**

**抹胶处**

**（4）**

3、此表“考生签名”须手写，其他部分必

须用电子版填写。