|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | 民族 | |  | | 照片 |
| 身份证号 |  | | 出生年月 | |  | | 年龄 | |  | |
| 政治面貌 |  | | 户籍所在地 | |  | | | | | |
| 学历 |  | | 是否全日制 | |  | | 毕业时间 | |  | |
| 所学专业 |  | | 毕业院校 | |  | | | | | |
| 现居住地 |  | | | | | | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | 紧急联系电话 | | |  | | |
| 是否具有医师资格证 | |  | 是否具有医生执业证 | | |  | | | 执业范围 | |  |
| 报考岗位 | |  | | | | | | 是否满足报考岗位要求及其他条件 | |  | |
| 学习及工作简历 | **起止年月** |  | | **毕业学校或工作单位** | | | | | **所学专业或职务** | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
| **本人承诺上述所填资料客观、真实、准确，并与提交的资料一致。如填写信息不真实、不完整或填写错误的，所有责任本人自负，并同意取消考试资格或聘用资格。**  报考承诺人（签名并按手印）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 资格审核 意见 | 资格审核人员签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |

附件2：

|  |
| --- |
|  |

观山湖区2023年大学生乡村医生招聘报名表